

Masaje perineal y prevención de las lesiones tisulares y funcionales asociadas al parto

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Autora: Paloma Madrid Prieto

Tutora: Belén Cabello Tarrés

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.
FACULTAD DE MEDICINA.

Curso académico 2016/2017



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. METODOLOGÍA.....	14
3. RESULTADOS	17
4. CONCLUSIONES.....	31
5. AGRADECIMIENTOS.....	39
6. BIBLIOGRAFÍA	40
7. ANEXOS.....	45

RESUMEN

Objetivo: Conocer la efectividad y validez del masaje perineal como método preventivo del desgarro perineal y de la episiotomía, así como de las complicaciones derivadas de la ruptura de la integridad del periné durante el parto.

Material y método: Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos PubMed, Cuiden Plus, CINAHL, Scielo, Cochrane Library, Cochrane Plus, Science Direct y The Joanna Briggs Institute en inglés y español, mediante una estrategia en lenguaje libre y controlado (MeSH) que contemplaba las palabras clave: "masaje perineal", "episiotomía", "desgarro perineal", "perineal massage", "episiotomy", "perineal injury" y "perineal tear", combinándolas mediante los operadores booleanos AND y OR. Los límites temporales se situaron entre 2006 y 2017.

Resultados: Se seleccionaron 15 documentos, estableciéndose 4 unidades de análisis: efectividad del masaje perineal intraparto en la prevención de la episiotomía y el desgarro perineal, efectividad del masaje perineal durante la gestación en la prevención de la episiotomía y el desgarro perineal, relación entre la práctica del masaje perineal y la presencia de dolor y de alteraciones perineales en el postparto y grado de satisfacción materno con respecto al masaje perineal.

Conclusiones: Bajo un alto grado de satisfacción materno, se vislumbra el masaje perineal como un método inocuo, que tanto en su modalidad intraparto, como en su modalidad intragestación, disminuye entre las nulíparas la incidencia de episiotomías y de traumatismos que requieren sutura respectivamente. Los resultados del efecto del masaje perineal sobre las complicaciones perineales entre las multíparas (concretamente refiriéndonos al dolor perineal) se muestran difusos. Se plantea la necesidad de estudios más concluyentes y de la inclusión de la técnica en programas de educación maternal.

Palabras clave: Masaje perineal, episiotomía, desgarro perineal, trauma perineal, embarazo, parto.

ABSTRACT

Objective: The objective of this narrative overview is to know the grade of effectiveness and the validity of the perineal massage as a preventive method of episiotomies, perineal tears and complications related to the lack of an entire perineum in the postpartum.

Methodology: We have made a bibliographical review in the following databases: PubMed, Cuiden Plus, CINAHL, Scielo, Cochrane Library, Cochrane Plus, Science Direct and The Joanna Briggs Institute. We propose a search strategie in spanish and english using free and controlled (MesH) language with the following key words: "masaje perineal", "episiotomía", "desgarro perineal", "perineal massage", "episiotomy", "perineal injury" and "perineal tear". With this goal in mind we use the boolean operators OR and AND. We have selected documents published between 2006-2017.

Main results: Relying on the 15 documents selected , we propose the following concepts to analyse: effectiveness of perineal massage applied on childbirths to prevent episiotomies and perineal tears, effectiveness of perineal massage used during pregnancy to prevent episiotomies and perineal tears, effect of perineal massage on the onset of pain and another perineal complications occurred in postpartum and the level of mother satisfaction with the application of perineal massage.

Conclusions: According to the motherhood's perspective, the perineal massage is considerer to be harmless. Both of its modalities seem to reduce the occurence of negative outcomes in the nulliparous group. While the one used during pregnancy diminishes the use of episiotomies, the one applied on childbirths lowers the probability of adverse traumatic events. The outcomes of the effects of perineal massage in perineal's complications are not clear. Therefore we consider necessary studies with strong results and the inclusion of perineal massage method into the maternity and birth preparation programmes.

Keywords: perineal massage, episiotomy perineal tear, perineal trauma, pregnancy and childbirth.

1. INTRODUCCIÓN

El trauma perineal es el daño que sucede en los genitales durante el parto, ya sea de manera espontánea, mediante un desgarro, o causado de manera artificial, mediante una episiotomía (1). Se trata de una de las principales y más prevalentes complicaciones que tienen lugar durante la segunda fase, o fase expulsiva del parto (2). Estas afirmaciones resultan preocupantes debido a la posibilidad de una alta morbilidad femenina derivada de las anteriores lesiones: dolor, incontinencia urinaria o fecal, dispareunia, infección o dehiscencia de la herida quirúrgica. No obstante, políticas actuales, diseñadas por instituciones de alto reconocimiento como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el *National Institute for Health* (NHS), El Ministerio de Sanidad y Política Social español etc. abogan por una transición hacia el parto de baja intervención, considerando a este como un proceso fisiológico, por lo que los profesionales sanitarios, cada vez en mayor número, centran parte de su atención en métodos que eviten o disminuyan la aparición de traumas perineales, estableciéndose un modelo que se centra no sólo en las necesidades fetales, sino también en las maternas (2-5).

Recordando la anatomía, se define el suelo pélvico como el conjunto de músculos y tejido conectivo situados en la base de la pelvis, cuya función es ofrecer soporte y suspensión para los órganos pélvicos y abdominales (6). Anatómicamente, el suelo pélvico se divide en:

1. Plano profundo: Compuesto por el músculo elevador del ano, con sus tres haces, el puborrectal, el pubococcígeo y el ileiococcígeo, y por el músculo coccígeo. Estos conforman el diafragma pelviano.
2. Plano medio: Formado por el músculo transverso profundo del periné y el esfínter externo de la uretra.
3. Plano superficial: Integrado por el músculo transverso superficial, el isquiocavernoso y el bulbocavernoso.

De esta forma, el suelo pélvico supone una división entre la cavidad pélvica (superior) y el periné (inferior) (7).

La musculatura del suelo pélvico, estriada y de control voluntario, se dispone en una estructura similar a una "hamaca" flexible que sujeta la vejiga, el aparato genital

interno (vagina y útero) y el recto (1, 6). Esta supone no sólo un soporte mecánico estático, sino además una estructura dinámica encargada de la continencia urinaria y fecal (6).

Durante la gestación, la musculatura pélvica se ve sometida a un aumento de presión continua como consecuencia de la presión uterina sobre esta zona. Adicionalmente, tiene lugar una influencia hormonal (por parte de la relaxina y de la progesterona) sobre dicha musculatura, que favorece la relajación de los ligamentos de la región perineal y abdominal. De esto se deriva una disminución del tono de la musculatura pélvica, que provoca entre otros efectos, el estreñimiento y la incontinencia urinaria de esfuerzo durante la gestación. Es por esto que, el buen estado anatómico del suelo pélvico prevendrá complicaciones puerperales tales como prolapsos, disfunciones sexuales e incontinencias urinarias y fecales (8).

Por todo lo anteriormente comentado, se considerarán tanto la gestación como el proceso de parto factores de riesgo para la función de sostén y suspensión del suelo pélvico, por lo que se requerirá una especial atención de dicha musculatura en estos periodos (1).

Atendiendo a la integridad del suelo pélvico durante el parto, resulta imprescindible mencionar a S. Ferrero Martínez y J.M. Laílla Vicens, quienes definen episiotomía o colpoperineotomía como la incisión quirúrgica en el área vulvovaginal denominada periné, llevada a cabo durante la fase expulsiva del parto, que se realiza con el fin de ampliar el canal blando en su nivel más bajo (9) (parte inferior de la vagina, anillo vulvar y tejido perineal) (10). Se trata de uno de los procedimientos más frecuentes y controvertidos en obstetricia y que, con alta frecuencia, se realiza sin consentimiento de la mujer (1, 10, 11).

Fue Sir F. Ould, quien realizó por primera vez dicha incisión perineal en 1.742. Este indicaba la técnica en partos extremadamente complicados. Posteriormente, varios profesionales divulgaron un uso más frecuente de la misma, inicialmente en el siglo XIX. A. Broomall en EE.UU. y Credé y Colpe en Alemania, y posteriormente, en el siglo XX., Pomeroy y Delee promovieron su uso como método de prevención de laceraciones perineales, dolor, alargamiento de la segunda fase del parto y de prolapso uterino, aunque no obtuvo un gran seguimiento como consecuencia de las altas tasas de

infección que provocaba. Las primeras críticas a la técnica surgen de manos de C. Braun, quien juzgó su realización por tener esta una visión centrada únicamente en el feto y no en las repercusiones maternas.

Es finalmente en los años 50 cuando se instaura su uso sistemático, aunque sin suficiente evidencia científica, en el ámbito hospitalario como consecuencia de una medicalización y patologización del parto normal (1, 10-12).

La prevalencia actual de episiotomía en partos eutócicos vaginales es muy variable: desde un 62,5% en EE.UU (madres nulíparas, primigestas y con feto único vivo), siendo esta técnica el procedimiento quirúrgico más empleado en este país, hasta un 30% en Europa (Suecia con el porcentaje más bajo: 8,7%) o un 90-100% en países latinoamericanos. España, según datos obtenidos hasta 2.005, cuenta con una amplia variabilidad en los porcentajes de episiotomías, desde un 33% hasta un 73% según Comunidades Autónomas (hay que tener en cuenta las diferencias debidas a la disparidad de las políticas de registro de esta práctica en cada centro). Si atendemos al conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria de 2.006, se observa que dentro de los partos no instrumentados, Cataluña y Canarias son las dos CC. AA. que tienen una menor tasa de realización de episiotomía, con un 14% y un 18% respectivamente, mientras que Castilla-León es la que mayor tasa de realización tiene, con un 52% (Ver anexo 1), incumpliendo las recomendaciones vigentes de la OMS, que fijan un máximo de 20-30% para hospitales de tercer nivel. (1, 4, 10, 12, 13).

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español (3) la tendencia de las tasas de episiotomías realizadas en el seno de un parto eutócico en el territorio nacional (desde 1.997 a 2.010) es decreciente, observándose una transición desde un 77,7% en 1.997, hasta un 41,9% en 2.010 (Ver anexo 2). No obstante, dicho Ministerio, en su documento *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* (3), remarca que esta tasa se cuenta muy alejada de la recomendada (<15%).

Cabe destacar que la tendencia actual de la realización de episiotomía está en detrimento, siguiendo con las estrategias incluidas dentro de las recomendaciones internacionales y nacionales de la atención al parto normal, por lo que se debe explorar métodos basados en la evidencia que favorezcan una reducción de su realización (3, 14).

La literatura científica establece las siguientes variedades de episiotomía según su localización (Ver anexo 3):

- a) Lateral: La técnica incluye la realización de una incisión desde unos centímetros por encima de la línea media (en el introito vaginal) hacia una tuberosidad isquiática. Se seccionan haces del músculo bulbocavernoso. La hemorragia resultante es abundante, por lo que está en desuso. Además, es la más dolorosa en la cicatrización.
- b) Media o central: Se realiza una incisión sobre el rafe fibroso ano-vulvar que comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal, respetando los músculos elevadores, de forma que se disminuye de forma simétrica la tensión perineal. La pérdida hemática es escasa. Es fácil de suturar, origina pocas molestias postoperatorias y el resultado estético y funcional es excelente. La tasas de desgarros, su longitud, el grado de complicación y las secuelas de incontinencia anal (1, 10, 12) son mayores que con otras modalidades (la guía NICE revela que la orientación de la episiotomía hacia la línea media está asociada a un mayor número de lesiones del esfínter anal (2)). Su uso está muy extendido en EE.UU y Canadá.
- c) Medio-lateral: Incisión oblicua (de 45°-60° respecto del eje vertical) desde la horquilla vulvar, afectando vagina, piel y músculo, incluida la fascia pubo-rectal del elevador del ano, hacia una tuberosidad isquiática. El sangrado es mayor que con la episiotomía media, pero la tasa de desgarros de 3^{er} y 4^o grado es menor, aunque pueden quedar retracciones y dispareunia durante un tiempo variable, a veces indefinido. Es la más realizada en España en concreto, y en Europa en general (1, 10, 12).

De todas las anteriormente descritas, actualmente sólo se usan la media y la medio-lateral por conllevar una técnica más sencilla y una disminución en el riesgo de alargamiento de la incisión (12). La considerada como mejor es la central, ya que ofrece mejores garantías de una buena reconstrucción, pero tiene como inconveniente el riesgo de daño del esfínter anal si se alarga como consecuencia del desprendimiento de la cabeza fetal; es por esto que la más utilizada es la medio-lateral, siendo más recomendada la derecha (2, 5, 15).

La episiotomía debe realizarse durante la fase de expulsivo, cuando la cabeza fetal esté coronando. Se define este momento como el idóneo para su realización ya que en este instante los planos perineales resbalan el uno sobre el otro, de forma que la incisión afectará a los músculos superficiales (núcleo tendinoso, transversos y bulbo-cavernoso) pero no al elevador del ano (15).

Con respecto a sus indicaciones, la decisión de practicar una episiotomía está relacionada con:

- a) Las políticas hospitalarias y el grado de experiencia y criterio del profesional que asiste el parto (1, 11).
- b) Factores que incrementan la incidencia de esta como son la primiparidad, la anestesia epidural y la posición en decúbito supino materna (1).
- c) Presencia de situaciones en las que está indicada la realización de episiotomía. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (11) establece las siguientes:.

- Indicación materna: Periné o vagina poco elásticos o muy resistentes (< 4-6 cm. de distancia anopubiana) y/o suelo pélvico delgado y de musculatura atrófica.
- Indicación fetal: Prematuridad, macrosomía, presentación de nalgas o cefálica en posición occipito-sacra o deflexionada, en partos instrumentados o siempre que el estado fetal precise de su rápida extracción, como por ejemplo en caso de anoxia fetal. Cabe destacar que todas estas conforman parte de distocias del parto.

Dentro de las consecuencias maternas a medio y largo plazo de la realización de la episiotomía encontramos: desgarros perineales graves (grados III y IV), incontinencia fecal y urinaria, dolor perineal, dispareunia, fístula rectovaginal y complicaciones de la herida quirúrgica (infección y dehiscencia), afectando todas ellas a la salud general de la mujer, autoestima y su relación con el neonato y la pareja. Así mismo, dichas complicaciones tienen efectos directos sobre el sistema de salud: aumento del gasto sanitario y aumento del tiempo de hospitalización (1).

Esto se refleja altamente en el documento *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español (3), que revela una tasa de 4,7% de desgarros perineales de grado III y IV en partos en los que se ha realizado una episiotomía, frente a un 1% en partos eutócicos en los que no se ha realizado episiotomía. En forma de resumen, las consecuencias maternas comentadas serían:

- a) Efectos sobre el suelo pélvico: Disminuye la fuerza en la musculatura pélvica, lo que, si se suma a la elongación de la musculatura pélvica por la coronación de la cabeza fetal, supone un factor de riesgo para las incontinencias urinarias y fecales (1, 11).
- b) Efectos sobre el dolor perineal y la función sexual: A los 3 meses postparto, las mujeres que preservan su periné intacto durante el parto o que tienen desgarros perineales espontáneos, reanudan antes y con menor grado de dolor las relaciones sexuales que las que han sido sometidas a una episiotomía (1, 11, 16).
- c) Efectos relacionados con desgarros de 3^{er} y 4^o grado: No hay evidencia de que la episiotomía rutinaria disminuya la incidencia de desgarros de 3^{er} y 4^o grado. Es más, puede añadir hasta 3 cm. al desgarro perineal posterior agravándolo. No obstante, se ha relacionado el uso de la episiotomía con un descenso en la prevalencia de desgarros de 1^{er} y 2^o grado (1, 10).
- d) Efectos sobre la incontinencia
 - Incontinencia fecal: Siendo la causa más frecuente de incontinencia fecal la lesión del esfínter anal, resulta evidente su relación con la realización de una episiotomía como consecuencia de alteraciones del nervio pudendo.
 - Incontinencia urinaria: Durante la gestación, la prevalencia de incontinencia urinaria crece. Alcanza su punto máximo al final de la misma, donde supera cotas del 30-50%, siendo la más frecuente la incontinencia de esfuerzo (11, 16).
- e) Complicaciones de la herida quirúrgica: Entre las mujeres que han recibido una episiotomía aumentan las complicaciones tales como dehiscencia, infección,

hematomas y fístulas frente a aquellas que han sufrido laceraciones espontáneas (1, 11).

Así mismo, al hablar de la integridad del suelo pélvico tras el parto, resulta indispensable hacer mención al desgarro perineal. Este se define como una laceración o lesión espontánea que afecta a vulva, vagina y músculos perineales, según su grado, durante el proceso expulsivo del parto (17).

Según su gravedad y extensión, los desgarros perineales se clasifican de la siguiente manera:

- a) Grado I: Laceración que afecta a la horquilla, piel y vagina, sin lesionar el plano muscular.
- b) Grado II: A las lesiones anteriores de piel y mucosa, se suman las del plano muscular, bulbo cavernoso y transverso superficial.
- c) Grado III: Además de las lesiones características del desgarro de 2º grado, añade lesiones del esfínter anal :
 - a) 3a. Lesión del esfínter externo <50%.
 - b) 3b. Lesión del esfínter externo > 50%.
 - c) 3c. Lesión de esfínter anal externo e interno.
- d) Grado IV: A todo lo anterior se agrega la rotura de la pared anterior del recto, es decir, se ve afectada a la mucosa rectal (15, 17, 18).

Esta clasificación ofrece al sanitario un carácter pronóstico del desgarro (18).

Los principales factores de riesgo, de etiología materna, para la aparición de un desgarro perineal grave durante el parto son los siguientes: realización de episiotomía, realización de episiotomía central frente a la medio-lateral, primiparidad, parto instrumental (siendo más frecuentes en los partos con fórceps o con ventosa que con espátulas), nuliparidad, inducción del parto, 2º estadio del parto prolongado y analgesia epidural (18, 19).

En cuanto a las complicaciones derivadas de los desgarros perineales acontecidos durante el parto, debemos tener en cuenta que en mujeres que han sufrido un desgarro de grado III o IV durante el parto sufren en un 7,8% de las veces incontinencia de heces y en un 45% de las veces incontinencia de gases (frente al 2-6% y 13-25%

respectivamente para aquellas mujeres que no han sufrido desgarros y con un hijo nacido vivo). A esto se suma la baja consulta a sanitarios en el postparto por parte de mujeres que han sufrido este tipo de complicaciones, por lo que los valores reales de incidencia resultan de difícil conocimiento (19).

De esta forma observamos que las complicaciones de los desgarros de 3^{er} y 4^o grado son muy similares a los de la episiotomía.

Como consecuencia de las complicaciones derivadas de la episiotomía y de los desgarros producidos durante el parto, parece interesante investigar sobre nuevos métodos que permitan disminuir la tasa de aparición de dichas complicaciones, a través de estrategias que favorezcan la integridad del periné durante el parto.

Uno de estos métodos, dentro de las nuevas corrientes de investigación en la atención al parto, es el masaje perineal. Su objetivo es el de fortalecer y preparar el periné para el proceso de dilatación que tiene lugar durante el parto. Cabe destacar que, en este contexto, parece resultar indispensable la figura del profesional de enfermería para, por un lado, fomentar un autocuidado de la gestante que promocióne una atención hacia partos más humanizados y naturales, así como garantizar una disminución de la morbilidad obstétrica y promover la calidad de vida de la mujer en el postparto. Y por otro lado, disminuir los gastos sanitarios derivados de las complicaciones de la episiotomía y del desgarro.

El masaje perineal se define como una estrategia física de prevención de lesiones del periné, aplicable durante el embarazo o parto, que consiste en la estimulación táctil de la piel y los tejidos perineales. Resulta interesante referirnos a este en cuanto a la evitación de la episiotomía y el desgarro perineal, ya que ha demostrado ser un factor protector contra el trauma perineal (20).

A groso modo, se agrupan los beneficios del masaje perineal en los siguientes:

- a) Aumenta la elasticidad y flexibilidad de los músculos del periné y favorece un aumento en la irrigación sanguínea de la zona, por lo que disminuye la incidencia de episiotomía/ dolor postparto.
- b) Favorece la relajación muscular perineal durante el proceso de parto.

- c) La sencillez de la técnica ofrece a la mujer (y/o a su pareja) ser partícipe de su propio plan de cuidados y de promocionar su autocuidado así como aumentar sus conocimientos sobre el cuerpo propio.
- d) Supone una técnica económica que favorece el ahorro sanitario (frente al alto gasto que se deriva de la realización de una episiotomía/desgarros y de sus complicaciones potenciales), y que además precisa de recursos de fácil y económica consecución.
- e) No posee efectos perjudiciales sobre las mujeres en las que está indicado.

Por otro lado, resulta interesante evidenciar la existencia de inconvenientes que podría suponer la técnica:

- a) Implica un aprendizaje y una docencia; por lo que precisa de una enseñanza activa por parte del profesional sanitario pertinente.
- b) Podría provocar sentimiento de rechazo en la gestante y/o su pareja como consecuencia del reparo que podría provocar la manipulación de genitales.
- c) Pese a sus demostrados beneficios, se trata de una técnica de poco seguimiento y conocimiento en España (21).

M. Gómez de Enterría Cuesta recomienda la realización del masaje perineal en todas las gestantes excepto en las que presenten: infecciones vaginales de repetición o activas, placenta previa, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas y cesárea programada (21).

En cuanto a la descripción de la técnica del masaje perineal la literatura actual recomienda la realización de los siguientes pasos:

1. Lavarse las manos y tener, preferiblemente, las uñas cortas de manera que no se dañen los tejidos a masajear
2. Se recomienda colocarse en un lugar íntimo y cómodo. La gestante puede adoptar la postura que le resulte más confortable (por ejemplo, apoyada en la pared o semisentada en la cama, en la taza del WC...)

3. Aplicar material lubricante en los dedos y en la vagina (de tipo hidrosoluble o de tipo oleoso). Se pueden aplicar compresas calientes en el periné, previamente a la realización del masaje, para ablandar los tejidos.
4. Introducir los dedos pulgares (si es la pareja quien realiza el masaje, utilizará los dedos anular y corazón) 3-4 cm en vagina empujando la zona hacia abajo y hacia los lados (sin llegar al meato urinario), hasta que la gestante perciba una leve sensación de quemazón o escozor.
5. Mantener una presión forzada sobre la horquilla del periné con los dedos, durante 2 minutos o hasta que la gestante sienta molestias.
6. Sostener la horquilla del periné, entre el dedo pulgar y los opuestos realizando un movimiento de vaivén durante 3-4 minutos, estirando los tejidos de la vagina, los músculos y la piel del perineo (21, 22) (Ver anexo 4).

Por todo lo anteriormente comentado, y con el fin de comprobar el estado actual de los conocimientos, se propone una revisión narrativa con el objetivo de conocer la efectividad y validez del masaje perineal como método preventivo del desgarro perineal y de la episiotomía producidos durante el parto; así como sus repercusiones sobre las posibles complicaciones potenciales que pueden ocurrir sobre el periné y su funcionalidad en el postparto.

2. METODOLOGÍA

Para la realización de la presente revisión narrativa se ha llevado a cabo una búsqueda en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Pubmed, Cuiden Plus, CINAHL, Scielo, Cochrane library Cochrane Plus, Science Direct y The Joanna Briggs Institute.

Se han utilizado los tesauros correspondientes en las bases de datos que los poseían, por ejemplo, el tesoro MesH en PubMed. También se ha utilizado el lenguaje libre. Así mismo, se han utilizado los operadores booleanos AND y OR para combinar términos de búsqueda y facilitar los resultados.

Para la realización de las búsquedas bibliográficas se han utilizado los siguientes términos en español: masaje perineal, episiotomía y desgarro perineal; y los siguientes en inglés: perineal massage, episiotomy, perineal injury y perineal tear.

Se limitó la búsqueda a los artículos publicados en los 10 últimos años, y a aquellos escritos en inglés y español. A pesar de que los términos utilizados se limitasen al idioma inglés y español, se ha seleccionado excepcionalmente un artículo escrito en lengua francesa que se localizaba a través de nuestra estrategia de búsqueda por tener el resumen/*abstract* en inglés. Así mismo, y también de manera excepcional, se ha seleccionado un artículo que se escapa del límite de tiempo establecido de 10 años, por ser considerado de alto interés científico para la presente revisión narrativa.

En cuanto a la selección de artículos a incluir en nuestra revisión narrativa, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

-Criterios de inclusión:

- Artículos que hicieran referencia al masaje perineal como método preventivo para la episiotomía y/o el desgarro producidos durante el parto.
- Documentos que trataran la relación entre el masaje perineal y las complicaciones sobre el periné en el postparto.
- Artículos que abordasen la realización del masaje perineal durante el embarazo.
- Trabajos centrados en el masaje perineal intraparto.
- Artículos que contemplasen exclusivamente el parto eutócico a término.
- Artículos a texto completo.

-Criterios de exclusión:

- Documentos que tratan sobre partos vaginales instrumentales.
- Artículos que hacen alusión a partos pretérmino, postérmino o con feto macrosómico.
- Trabajos centrados en partos complicados con pérdida de bienestar fetal (PBF).
- Literatura gris.

Se obtuvieron 291 documentos de los que se hizo una lectura del título y del resumen para comprobar si se adecuaban a los criterios establecidos y al objetivo de la revisión. Posteriormente, y tras esta lectura inicial, se seleccionaron 15 artículos a incluir en nuestra revisión narrativa, de los cuales se realizó una lectura en profundidad para destacar los conceptos más relevantes de las diferentes publicaciones y aquellos temas que aparecían en ellos de forma recurrente.

Finalmente, y de acuerdo a los hallazgos obtenidos, se han establecido 4 unidades de análisis que se exponen en el apartado siguiente.

En la Tabla 1 se muestra la estrategia de búsqueda y los documentos seleccionados.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda y resultados encontrados y seleccionados para la presente revisión narrativa.

Base bibliográfica	Límites de búsqueda	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PubMed	<ul style="list-style-type: none"> Año de publicación (2006-01-01 hasta 2017-01-01) Humans Idioma (Inglés o español) 	("Perineal massage") AND "Episiotomy"[Mesh] OR "Perineal injury"	66	7 (2 de ellos excluidos por estar duplicados)
Cuiden Plus	-	(([cla=Masaje perineal])AND(([cla=Episiotomía])OR("desgarro perineal")))	9	4
CINAHL	<ul style="list-style-type: none"> Año de publicación (2006-01-01 hasta 2017-01-01) Idioma (Inglés, francés o español) 	"Perineal massage" AND episiotomy OR "perineal tear" "Perineal massage" AND episiotomy OR "perineal injury"	88 46	5 (2 de ellos excluidos por estar duplicados) 0
Scielo	<ul style="list-style-type: none"> Año de publicación (2006- 2017) 	a) "Perineal massage" AND "episiotomy" b) "Perineal massage" c)"Masaje perineal" AND episiotomía OR "daño perineal" d) "Masaje perineal" AND episiotomía OR "desgarro perineal"	1 (el mismo para ambas estrategias) 0 7	0 0 0
Cochrane Library	<ul style="list-style-type: none"> Año de publicación (2006-01-01 hasta 2017-01-01) 	"Perineal massage" AND "episiotomy" AND "perineal tear"	4	2
Cochrane Plus	-	"Masaje perineal" Y "episiotomía" O "desgarro perineal"	3	0
Science direct	<ul style="list-style-type: none"> Año de publicación 2006-2017 	a) "Perineal massage" AND "Perineal injury" b) "Perineal massage" AND "episiotomy"	12 55	0 1
The Joanna Briggs Institute	-	a) "Perineal massage" AND "Perineal injury" b) "Perineal massage" AND "Episiotomy" c) "Perineal massage"	0 0 0	0 0 0

Fuente: Elaboración propia

3. RESULTADOS

De los documentos seleccionados para la revisión narrativa, 4 están escritos en español, 10 en inglés y 1 en francés. Según su tipología se han incluido 3 ensayos clínicos aleatorizados, 2 ensayos cuasi-experimentales, 5 revisiones bibliográficas, 2 metaanálisis, 1 estudio observacional prospectivo de cohortes, 1 revisión crítica y 1 estudio descriptivo retrospectivo de casos y controles.

Todos ellos abordan la relación entre el masaje perineal durante el embarazo y el parto y la aparición de desgarros o la necesidad de efectuar una episiotomía así como el efecto del masaje perineal sobre las complicaciones perineales que surgen en el postparto.

Sus principales características y hallazgos se detallan en la Tabla 2 del Anexo 5.

Con el fin de indagar sobre el objetivo general expresado en la Introducción, se establecen las siguientes unidades de análisis:

- 1) Efectividad del masaje perineal realizado sólo durante el parto en la prevención de la episiotomía y el desgarro perineal.
- 2) Efectividad del masaje perineal realizado sólo durante el embarazo en la prevención de la episiotomía y el desgarro perineal.
- 3) Relación entre la práctica del masaje perineal y la presencia de dolor y alteraciones perineales en el postparto.
- 4) Grado de satisfacción materno con respecto al masaje perineal

Efectividad del masaje perineal realizado sólo durante el parto en la prevención de la episiotomía y el desgarro perineal

Atendiendo a la efectividad del masaje perineal realizado sólo durante el parto, podemos dividir los resultados encontrados en 2 grandes apartados: efectividad del masaje perineal intraparto para la prevención de episiotomías y efectividad del masaje perineal intraparto para la prevención de desgarros perineales.

M. Geranmayeh et al. en su ensayo aleatorizado realizado a 90 primíparas de la región de Teherán, observaron que la realización del masaje perineal durante el periodo expulsivo del parto, llevado a cabo por una matrona con vaselina estéril, conllevaba un aumento de la tasa de periné intacto entre el grupo experimental frente al grupo control, principalmente como consecuencia de una reducción en la incidencia de episiotomías (el 45% de las mujeres del grupo masaje sufrió una episiotomía frente al 88% del grupo control). No obstante, los propios autores afirman que la principal limitación de su estudio se basa en la distribución no homogénea del peso pregestación de la mujer entre el grupo experimental y el grupo control (55kg. frente a 60kg. respectivamente), lo que podría sesgar los resultados en cuestión de tasa de episiotomía (y por lo tanto recomiendan la realización de estudios futuros en los que se tenga en cuenta la distribución de las características antropométricas de las participantes). No obstante, M. Geranmayeh et al., basándose en sus resultados y citando a otros autores como Albers et al., recomiendan el masaje perineal durante el parto ya que lo consideran un método inocuo que, de forma general, favorece la integridad del periné (27% en el grupo experimental frente a un 4% en el grupo control) y no aumenta el riesgo de daño perineal, dispareunia o problemas de incontinencia urinaria o fecal en el postparto; de forma que debe ser la matrona encargada de atender el parto la que decida su aplicación o no, basándose en su propia experiencia y en el grado de confort materno durante el parto (23). Ésta última idea queda muy bien reflejada en el trabajo llevado a cabo por L. Kalichman, quien resalta que la aplicación del masaje perineal no debe ser sistemática, sino individualizada en cada caso según el grado de confort y los deseos maternos y la experiencia del profesional que atiende el parto ya que, a pesar de que existe una controversia entre los investigadores con respecto a los beneficios que produce el masaje perineal intraparto, este en ningún caso reportará perjuicios sobre la integridad del periné materno (24).

Otros autores apoyan esta hipótesis de carácter protector del masaje perineal intraparto sobre la incidencia de episiotomía en diferentes documentos como, por ejemplo, el ensayo clínico aleatorizado realizado por Z. Karaçam, H. Ekmen y H. Çalisir sobre una muestra de 396 nulíparas, sobre las cuales se observa una reducción estadísticamente significativa de la incidencia de episiotomía acompañada de laceraciones (7,6% en el grupo intervención frente a 15,7% en el grupo control). No obstante, dicha reducción es

muy ligera y sólo incluye a la población de nulíparas, por lo que, incluyendo otros resultados no estadísticamente significativos, los autores concluyen comentando que han demostrado que el masaje perineal intraparto no ofrece ventajas o desventajas sobre la integridad del periné, asegurando que el traumatismo perineal pudiera estar asociado con otros factores como la posición materna durante el parto, el uso de oxitocina, el tipo de pujos, peso neonatal, prolongación del periodo expulsivo del parto...(25) A pesar de esto, al igual de Geranmayeh et al. (23), los autores recalcan la importancia que tienen las matronas y otros sanitarios pertinentes en la promoción de reducción del trauma perineal, por lo que recomiendan el desarrollo de programas adaptados a los estándares nacionales e internacionales que fomenten, entre otros, la práctica del masaje perineal, empoderando así a la mujer en la toma de decisiones sobre las intervenciones a realizar en su proceso de parto (25).

Siguiendo con la tendencia de disminución de la incidencia de episiotomía con la realización intraparto de masaje perineal, encontramos el estudio realizado por G. Demirel y Z. Golbasi. Estos extienden la práctica del masaje perineal como método preventivo, no sólo a la segunda fase del parto, sino también a la primera, de dilatación (26). De forma general, sus resultados refuerzan los encontrados por Geramayeh et al. (23), ya que revelan que la episiotomía se mostraba menos incidente entre el grupo experimental (30,3%) que en el grupo control (69%) (26). Dichos autores (26), y otros como L.I. Gramage-Córdoba, A. Asins-Cubells, P. Chamón-Moya y C. Llopis-Coloma apoyan sus resultados en otros estudios, citando por ejemplo a Labreque et al. y determinan, en su ensayo clínico realizado a 1.527 gestantes, tanto nulíparas como múltiparas, que el masaje perineal perinatal realizado durante el periodo expulsivo del parto, entre el grupo de nulíparas, incrementa la tasa de periné intacto de un 15,1 % a un 24,3% , calificándose estos resultados como estadísticamente significativos (27).

No obstante, en otros trabajos encontramos resultados antagónicos a estos, por ejemplo, G. Stamp, G. Kruzins y C. Growth, en su ensayo clínico aleatorizado, hacen referencia a una muestra de 1.340 mujeres, sobre las cuales se pretendió estudiar los efectos del masaje perineal realizado durante el periodo expulsivo del parto. De este se extrajo que parecía no haber diferencias estadísticamente significativas en las tasas de perineo intacto, principalmente a expensas del número de episiotomías realizadas, entre el grupo intervención y el grupo control (176 frente a 170 respectivamente) (28).

En cuanto a la incidencia de desgarro con la aplicación de masaje perineal intraparto encontramos varias corrientes opuestas de pensamiento:

Por un lado, autores como M. Geranmayeh et al., observan un aumento de la incidencia de los desgarros espontáneos de 1^{er} y 2^o grado en el grupo experimental masaje sí, frente al grupo control (específicamente se produjo una tasa de desgarro de 1^{er} grado del 45% en el grupo experimental, frente a un 9% en el grupo control, y una tasa de desgarro de 2^o grado del 10% en el grupo experimental, frente al 2% en el grupo control) (23). No obstante, cabe destacar que, como se comentó en la Introducción, los desgarros de 1^{er} y 2^o grado no son considerados como graves por las complicaciones leves o nulas que llevan asociadas en el postparto.

Por otro lado, existe otra vertiente de pensamiento que confía en la capacidad protectora del masaje perineal intraparto como factor protector de la integridad del periné. Entre esta encontramos a V. Aasheim, A. Nilse, M. Lukasse y L. M. Reinart, que habiendo realizado una revisión con el objetivo de evaluar el efecto de las técnicas perineales durante el periodo expulsivo del trabajo de parto sobre la incidencia de traumatismo perineal, revelan que parece existir un efecto significativo positivo del masaje perineal frente a ninguna intervención ("hands off") para reducir los desgarros de 3^{er} y 4^o grado (29). Este mismo carácter protector del masaje perineal realizado durante el proceso expulsivo de parto frente a los desgarros de 3^{er} grado lo encontramos en otros trabajos, como por ejemplo el realizado por G. Stamp, G. Kruzins y C. Growther que, a pesar de que no encontraron diferencias significativas de las tasas de desgarros de 1^{er} y 2^o grado entre el grupo control y el grupo intervención (122 frente a 106 para los desgarros de 1^{er} grado y 190 frente a 164 para los desgarros de 2^o grado), vislumbraron una tendencia hacia la reducción de desgarros de 3^{er} grado entre el grupo intervención (este se dio con una frecuencia de 12 veces en el grupo intervención frente a 23 veces en el grupo control) (28).

Efectividad del masaje perineal realizado sólo durante el embarazo en la prevención de la episiotomía y el desgarro perineal

Siguiendo una estructura paralela a la utilizada con la unidad de análisis número 1, podemos dividir los resultados obtenidos con respecto a la efectividad del masaje perineal realizado sólo durante el embarazo en 2 grandes grupos: efectividad del masaje perineal realizado sólo durante el embarazo para la prevención de episiotomías y efectividad del masaje perineal realizado sólo durante el embarazo para la prevención de desgarros perineales.

Al hablar de la valoración de la eficacia del masaje perineal realizado durante el embarazo, resulta indispensable mencionar el meta-análisis llevado a cabo por M. Beckman y O. M Stock, que incluye 4 ensayos experimentales aleatorios o cuasi-aleatorios (Labrecque et al. (1.994); Labrecque et al. (1.999); Shimada et al. (2.005) y Shipman et al. (1.997)). Estos analizan los efectos del masaje perineal durante la gestación sobre la integridad del periné de 2.497 gestantes que, durante al menos las últimas 4 semanas de embarazo (consideradas a partir de la semana 35 de gestación), habían realizado masaje perineal (o bien lo había realizado su pareja). De estas, 2.004 fueron nulíparas y las otras 493 gestantes restantes habían tenido al menos un parto vaginal previo (incluidas sólo en el trabajo de Labrecque et al. de 1.999). Todos los trabajos seleccionados hicieron referencia a la misma técnica de masaje perineal para no sesgar los resultados. Los principales resultados con respecto a la episiotomía e integridad del periné observados fueron los siguientes: se asoció el masaje perineal en la modalidad intragestación con una reducción general del 9% en la incidencia de trauma perineal que requirió sutura. Esta reducción fue estadísticamente significativa únicamente entre las gestantes nulíparas. Si analizamos más a fondo estos resultados vislumbramos que, con un análisis por subgrupos, las mujeres que masajearon su periné con una frecuencia aproximada de 1,5 veces por semana experimentaron una reducción del 16% de traumatismo perineal que requirió sutura, frente a aquellas que lo hicieron con una frecuencia aproximada de 1,5 a 3,4 veces por semana, que experimentaron una reducción del 8%, o frente a aquellas que lo hicieron con una frecuencia superior a 3,5 veces por semana, que no obtuvieron una reducción estadísticamente significativa en cuanto a la incidencia de trauma perineal que requirió sutura. Si trasladamos el ámbito de trauma perineal a términos más concretos de incidencia de episiotomía, se observó

que las mujeres que habían realizado masaje perineal según lo estipulado anteriormente, experimentaron una reducción del 16% en la incidencia de episiotomía. De nuevo, esta reducción fue únicamente estadísticamente significativa entre las gestantes nulíparas. Así mismo, otra vez, si nos centramos en un análisis más detallado que incluya la frecuencia de realización de masaje perineal observamos que sólo el subgrupo de gestantes que masajeó su periné con una frecuencia aproximada de 1,5 veces por semana obtuvo una reducción estadísticamente significativa en cuanto a las tasas de incidencia de episiotomía, no observándose este efecto en las madres que masajearon su periné con una mayor frecuencia semanal (30).

De la misma corriente de pensamiento encontramos los trabajos realizados por L. I. Gramage-Córdoba, A. Asins-Cubells, P. Chamón-Moya y C. Llopis-Coloma: su revisión bibliográfica, realizada con el objetivo de evaluar el efecto del masaje perineal sobre la incidencia del traumatismo perineal en el momento del parto y la morbilidad posterior, revela que las gestantes que practican masaje perineal a partir de la semana 35 de gestación tienen una menor probabilidad de traumatismo perineal que requiere sutura. Dicha reducción se debe, principalmente, a la disminución de la incidencia de episiotomías en un 15% entre las mujeres que realizan masaje perineal durante el embarazo. Destacan que este efecto es significativo entre mujeres nulíparas. Así mismo, llaman la atención sobre la no relación entre la disminución de la incidencia de episiotomías y la frecuencia de realización de masaje perineal (como cabría esperar), por lo que concluyen que el masaje perineal debe realizarse aproximadamente con una frecuencia de 2 veces por semana para reducir la morbilidad materna y la ruptura de la integridad perineal en el momento del parto (27). Es decir, estos autores (27), refuerzan los resultados obtenidos por M. Beckman y O. M. Stock (30), comentados anteriormente.

S. Gómez Coca, E.M. Villamor Ruiz y F. Fernández Álvarez, basan su revisión narrativa en la eficacia del masaje perineal como método preventivo, para lo que citan a otros autores como Shimada et al., y revelan que el masaje perineal realizado durante el embarazo está relacionado con una disminución en las tasas de incidencia de episiotomía (en este ensayo aleatorizado controlado concreto, se reducen un 21%) (31). A estas conclusiones llegan también otros autores como por ejemplo M. Hastings-Tolsma, D. Vicent, C. Emeis y T. Francisco, que afirman que la episiotomía fue menos

frecuente en su estudio entre las mujeres que habían recibido masaje perineal durante la gestación (32). Estas afirmaciones que sugieren un carácter protector del masaje perineal frente a la episiotomía fueron apoyadas por los resultados de otros autores citados, como son M. Beckmann y O. M. Stock (ya comentados anteriormente) (30), que objetivan que dicho masaje, administrado durante la gestación, reduce la probabilidad de traumatismo perineal.

En su revisión narrativa, S. Gómez Coca, E. M. Villamor Ruiz y F. Fernández Álvarez (31), encuentran únicamente 1 estudio, realizado por E. Mei-dan, A. Walfisch, I. Raz, A. Levy y M. Mordechai, en el que las tasas de episiotomía entre el grupo control y el grupo intervención son similares, no objetivándose beneficios del masaje perineal sobre dicho objetivo (33) (aunque otros autores justifican que estos resultados se deben a una falta de aleatorización y al pequeño tamaño muestral de la investigación (34)). No obstante, los autores resaltan que en ningún caso, el masaje perineal es una práctica perjudicial, y que produce un elevado grado de satisfacción por parte de la gestante y por lo tanto, no se debe desanimar a las mujeres que deseen participar en sus cuidados y en su vivencia de la maternidad mediante la realización del masaje perineal (31).

Esta última idea aparece muy bien sintetizada en el estudio llevado a cabo por L. Kalichman, ya que concluye exponiendo que la realización de masaje perineal durante las últimas semanas de embarazo (consideradas a partir de la semana 35 de gestación) resulta altamente recomendable, ya que se trata de un método de preparación del periné inocuo, que no conlleva ningún peligro. Así mismo, dicho masaje, parece resultar beneficioso entre las nulíparas, en tanto en cuanto reduce la incidencia de episiotomía y con esto, las lesiones en el periné que requieren sutura. De esta forma, L. Kalichman nos comenta que podría resultar de interés proveer de la información adecuada a las gestantes, sobre todo a las nulíparas, para mejorar sus conocimientos sobre protección del periné y mejorar su práctica de masaje perineal (24).

En cuanto al masaje perineal realizado sólo durante el embarazo para reducir la incidencia de desgarros perineales, podemos hacer referencia al meta-análisis realizado en 2013 por M. Beckman y O. M. Stock, comentado en apartados anteriores, donde se obtienen los siguientes resultados con respecto a la relación existente entre la realización de masaje perineal intragestación e incidencia de desgarros intraparto: con la realización de masaje perineal a partir de la 35 semana de gestación y al menos, durante

las últimas 4 semanas de embarazo, no se observaron diferencias entre el grupo control y el grupo intervención en cuanto a los desgarros de 1^{er} grado, de 2^o grado, de 3^{er} grado y de 4^o grado, asegurando dichos autores que esta modalidad de masaje perineal no resulta ni un factor protector ni un factor agravante para la incidencia de desgarros perineales intraparto (30).

Siguiendo con la lectura de los artículos científicos seleccionados se encuentra de forma genérica la misma idea vislumbrada por M. Beckman y O. M. Stock, es decir, no hay datos concluyentes que reporten beneficios sobre la praxis del masaje perineal durante el embarazo como método preventivo de desgarros (30) (excepto si realizamos un análisis más exhaustivo por subgrupos, como se verá a continuación). No obstante, al igual de M. Beckman y O. M. Stock, los siguientes autores que vamos a ver resaltan que en ningún caso esta modalidad de masaje perineal resulta en perjuicios sobre la integridad del periné materno, es decir, no aumenta las incidencias de desgarros perineales durante el parto, por lo que se recomienda su práctica según cada situación individual (30).

L.I. Gramage-Córdoba, A. Asins-Cubells, P. Chamón-Moya y C. Llopis-Coloma realizan una revisión bibliográfica con el objetivo de evaluar el efecto del masaje perineal sobre la incidencia del traumatismo perineal en el momento del parto. En esta se menciona el estudio aleatorio prospectivo realizado por Shipman et al., que incluyó 882 mujeres nulíparas de entre 29-32 semanas de gestación. En el grupo al que se le asignó la práctica del masaje perineal durante el embarazo se observó una reducción del 6,1% en la tasa de incidencia de desgarros de 2^o y 3^{er} grado. Esto se corresponde con una incidencia de un 75,1% de desgarros en el grupo control frente a un 69% en el grupo intervención; sin embargo los resultados no alcanzaron significación estadística.

No obstante, si analizamos más en profundidad los resultados encontrados por Shipman et al., y nos centramos en el análisis por subgrupos, se revela que el masaje perineal realizado durante el embarazo redujo la incidencia de desgarros en las mujeres nulíparas mayores de 29 años, de forma que se puede concluir declarando que podría ser beneficiosa la realización del mismo especialmente en este grupo de edad (27). Esta última conclusión también es enunciada por M. Eogan, L. Daly y C. O'Herlihy (35) o H. Faruel-Fosse y F. Vendittelli (36).

Estos 2 últimos, realizaron una revisión narrativa, y al analizar los resultados alcanzados por otros autores concluyen comentando que el masaje perineal realizado como método preventivo durante el embarazo y, teniendo en cuenta los resultados alcanzados por Shipman et al., podría ser altamente interesante recomendarlo entre las nulíparas de 30 años o más (ya que entre estas se observa que el masaje perineal antenatal produce un efecto protector que disminuye la incidencia de desgarros perineales en un 12,6%) (36).

Otros autores incluyen en sus resultados las conclusiones realizadas por Shipman et al., como por ejemplo S. Gómez Coca, E. M. Villamor Ruiz y F. Fernández Álvarez, que afirman la posibilidad de que el masaje perineal sea un factor que disminuye la incidencia de desgarros perineales de grado II y III entre la población de nulíparas, aunque sin significación estadística (31); es decir, alcanzan los mismos resultados que los comentados anteriormente de Gramage- Córdoba, A. Asins-Cubells, P. Chamón-Moya y C. Llopis-Coloma (27).

Relación entre la práctica del masaje perineal y la presencia de dolor y alteraciones perineales en el postparto

De forma general, el análisis de las complicaciones derivadas de la ruptura de la integridad del periné sucedidas en el postparto que comentan los autores de los artículos seleccionados son las siguientes: dolor, dispareunia, satisfacción sexual, incontinencia urinaria e incontinencia fecal.

De esta forma podemos encontrar los siguientes resultados con respecto a la relación entre la realización de masaje perineal y la incidencia de morbilidad materna sucedida en el postparto y asociada al traumatismo perineal:

M. Beckman, O. M. Stock realizan un meta-análisis en el que incluyen una muestra total de 2.004 gestantes obtenidas de 4 grandes ensayos clínicos (Labrecque et al., 1.994, Labrecque et al. 1.999, Shimada et al. 2.005 y Shipman et al. 1.997). Como objetivos secundarios, pretendían observar la distribución de la incidencia de complicaciones sobre la función perineal a los 3 meses en el postparto entre el grupo

control (no masaje perineal) y el grupo experimental (practicó masaje perineal durante al menos las últimas 4 semanas de embarazo, consideradas a partir de la semana 35 de gestación). Con respecto a esto obtuvieron los siguientes resultados: para el subgrupo de mujeres que había tenido al menos un parto vaginal previo, se observó que la práctica durante la gestación de masaje perineal redujo la incidencia de dolor perineal a los 3 meses postparto. Esta diferencia significativa no se observó entre el subgrupo de nulíparas. No obstante los autores comentan que estos resultados podrían estar influenciados por otros factores y afirman que esta reducción de dolor perineal a los 3 meses en el postparto podría estar relacionada con la reducción de la incidencia de episiotomía que supone la práctica de masaje perineal (ya que consideran a la episiotomía la primera causa de dolor perineal en el postparto). En cuanto a otros resultados sobre la función perineal a los 3 meses postparto los autores no encuentran diferencias significativas en cuanto a la incidencia de dispareunia, satisfacción sexual, incontinencia urinaria, fecal o de gases (30).

Estas conclusiones son compartidas por otros autores como por ejemplo L. I. Gramage-Córdoba, A. Asins-Cubells, P. Chamón-Moya y C. Llopis-Coloma ya que estos incluyen en su revisión narrativa, los resultados ya mentados anteriormente por Labrecque et al. en 2001. No obstante, añaden a lo comentado del trabajo realizado por M. Beckman y O. M. Stock (30) que la reducción del dolor perineal a los 3 meses postparto entre las nulíparas como consecuencia del masaje perineal, no se debe indirectamente a una reducción en la incidencia de episiotomías. Es decir, añaden que dicha reducción se presenta igual entre el grupo de multíparas que ha recibido episiotomía como el que no, por lo que se concluye que el masaje perineal, realizado durante el embarazo, entre las multíparas disminuye el dolor perineal a los 3 meses tras el parto tanto si la madre ha recibido episiotomía como si no (93,6% en el grupo control frente al 85,8% en el grupo intervención). Así mismo, con respecto al resto de factores causantes de morbilidad obstétrica en el postparto, al igual de Labrecque et al., concluyen comentando que no se observa una diferencia significativa en la incidencia de estos entre el grupo control y el grupo intervención (27).

Resulta interesante si centramos nuestra atención sobre otros autores que sólo han estudiado la relación existente entre masaje perineal y morbilidad en el posparto entre el grupo de nulíparas. Por ejemplo, Karaçam, H. Ekmen y H. Çalisir realizan un ensayo

clínico aleatorizado en el que incluyen a 396 nulíparas, distribuidas entre grupo experimental, que recibió masaje perineal intraparto, y grupo control, que recibió cuidados estándares. Como objetivo secundario pretendieron observar la relación entre masaje perineal y la morbilidad perineal sufrida durante el postparto (en términos de dispareunia, satisfacción sexual, dolor perineal, e incontinencia urinaria o fecal) evaluada al día, a las 3 semanas y al año. Los autores concluyen comentando que no se observan diferencias significativas en la distribución de complicaciones perineales en el postparto, por lo que el masaje perineal entre las nulíparas no se muestra como un factor que previene la morbilidad perineal tras el parto. Esto concuerda con otros resultados comentados anteriormente en este apartado, que sólo encontraban diferencias significativas en mujeres multíparas, considerando el masaje perineal un factor protector frente a la aparición de dichas complicaciones sólo para este grupo de mujeres (25).

No obstante, otros autores no consideran el masaje perineal un factor que prevenga la aparición del dolor perineal, principalmente entre las multíparas, por ejemplo, G. Stamp, G. Kruzins y C. Crowther, ya comentados anteriormente, realizan un ensayo clínico aleatorizado, en el que trabajan sobre una muestra de 1.340 gestantes, sobre las cuales pretenden estudiar los efectos sobre el periné del masaje perineal realizado con lubricante soluble acuoso durante el periodo expulsivo del parto. Entre sus objetivos secundarios, pretendían observar la distribución entre el grupo control y el grupo intervención de la incidencia de dolor, dispareunia e incontinencia fecal y urinaria a los 3 y a los 10 días postparto y de incontinencia fecal y urinaria también a los 3 meses postparto. Los autores concluyen desvelando que no se observan diferencias significativas en cuanto a la distribución entre ambos grupos de estos objetivos secundarios, es decir, según su trabajo, parece ser que el masaje perineal intraparto no resulta ni un factor protector ni un factor agravante para las complicaciones puerperales comentadas (28).

De la misma corriente de pensamiento que G. Stamp, G. Kruzins y C. Crowther (28) encontramos a S. Gómez Coca, E.M. Villamor Ruiz y F. Fernández Álvarez que para hablar de las complicaciones perineales que suceden en el postparto tras la alteración de la continuidad del periné, realizan una revisión bibliográfica en la que hacen referencia principalmente a los trabajos realizados por Labrecque et al. en el año 2.000, por Klein et al. en 1.994 y por Wilson et al. en 1.996. Tras el análisis de dichos trabajos, los

autores concluyen comentándonos que el masaje perineal no muestra efectos positivos ni negativos sobre la incidencia a los 3 meses postparto de dolor, dispareunia, satisfacción sexual e incontinencia urinaria, fecal o de gases. Es decir, para dichos autores el masaje perineal ni menoscaba ni protege sustancialmente la función perineal (31).

Específicamente, en cuanto a datos de continencia fecal y daños en el esfínter anal, encontramos el trabajo realizado por M. Eogan, L. Daly y C. O'Herlihy. Estos, tras realizar su estudio observacional prospectivo de cohortes sobre una muestra de 179 nulíparas concluyen exponiendo que aunque la distribución de las alteraciones en la continencia fecal fueron similares entre el grupo control y el grupo experimental, los autores expresan que se observa una ligera reducción de los daños ocultos sobre el esfínter anal (descrito como traumatismos sobre el músculo anal externo) entre el grupo de gestantes nulíparas que realizó masaje perineal durante el embarazo, y sobre todo sobre aquellas mayores de 30 años (35).

Grado de satisfacción materno con respecto al masaje perineal

Desde un rol enfermero, resulta imprescindible conocer la opinión materna con respecto al masaje perineal. Este punto se plantea como un apartado de alto interés ya que sin una conformidad materna o una alta aprobación por parte de las gestantes del masaje perineal, resultaría irónico pretender extender su práctica, independientemente de los beneficios que este reportase.

De esta forma, se ha investigado sobre esta unidad de análisis en los documentos seleccionados y se han obtenidos los siguientes resultados:

De forma general, los autores, apoyándose en alto grado en los resultados obtenidos por Labrecque et al., evidencian un alto grado de satisfacción materno con respecto a la práctica del masaje perineal.

S. Gómez Coca, E.M. Villamor Ruiz y F. Fernández Álvarez realizan una revisión narrativa para, entre otros aspectos, valorar las reacciones y sentimientos maternos

percibidos con respecto a la realización de masaje perineal. Estos, basándose principalmente en las conclusiones enunciadas por Labrecque et al. en 2.001 finalizan comentando que, a pesar de que inicialmente la aplicación de masaje perineal suponía leves molestias (dolor y sensación de ardor) y ciertos problemas técnicos, estos desaparecían después de una o dos semanas tras el inicio. De forma que, finalmente, las madres que lo practicaron, valoraron positivamente su efecto sobre el periné tras el nacimiento. Tal es el grado de satisfacción materno reportado por dichos autores, que comentan que el 79% de la muestra volvería a practicar masaje perineal durante el embarazo si tuviera una gestación futura y que el 89% de las gestantes seleccionadas se lo recomendaría a otras mujeres. De esta forma, se observa una tendencia general hacia una valoración positiva de la técnica de masaje perineal por parte de las madres participantes. Secundariamente a este alto grado de satisfacción, los autores recomiendan que los sanitarios aumenten la información y formación que reciben las gestantes en torno a la técnica y los beneficios del masaje perineal (31).

Otros autores incluyen estos resultados obtenidos por Labrecque et al. en 2.001 en torno a la satisfacción materna con el masaje perineal, como por ejemplo L. Kalichman. Este, además de incluir los resultados del trabajo de Labrecque et al. de 2.001, se remonta hasta 1.999 donde el mismo autor obtenía en otro de sus trabajos resultados positivos en cuanto al grado de satisfacción materna con el masaje perineal: el 80% de las mujeres de la muestra seleccionada volvería a repetir el masaje perineal en gestaciones futuras y el 90% de las gestantes participantes lo recomendaría a otra mujer embarazada. Es decir, tanto resultados pasados (1.999) como resultados más contemporáneos (2.001) de Labrecque et al. en torno a la satisfacción materna en relación con el masaje perineal y sus efectos sobre la integridad perineal resultan altamente favorecedores (24).

Todo esto, es ratificado por M. Beckman y O. M. Stock, que incluyen en las conclusiones de su meta-análisis los resultados obtenidos por Labrecque et al., tanto en 1.999 como en 2.001, y añaden además que la mayor parte de las gestantes entrevistadas consideraron que el masaje perineal ofrecía una oportunidad de participación a la pareja en la preparación al parto que calificaron como positiva (30). Además de M. Beckman y O. M. Stock (30) otros autores se basan en los resultados obtenidos por Labrecque et al. en estas dos fechas, como por ejemplo L. I. Gramage- Córdoba, A. Asins-Cubells, P. Chamón-Moya y C. Llopis-Coloma. Estos, tras realizar su revisión narrativa, concluyen

considerando el masaje perineal es una buena oportunidad para mejorar el autoconocimiento anatómico de la mujer. Por todo esto y otros motivos, los autores justifican la pertinencia de incluir el masaje perineal en la enseñanza de la mujer gestante ya sea en las consultas de control del embarazo de forma individualizada o en los talleres de educación maternal de forma grupal (27).

Esta última idea es compartida por las españolas L. Duarte, S. García y S. Mejías, que como los autores anteriores, se basan en los resultados obtenidos por Labrecque et al. en 2.001 con respecto a la satisfacción materna en relación al masaje perineal. De este alto grado de satisfacción, las autoras resaltan la necesidad de incluir la técnica de masaje perineal dentro de los programas de educación materna y dotar a las mujeres de información sobre el beneficio probable del masaje perineal y sobre la forma de practicarlo para, así, favorecer la autonomía de estas en la toma de decisiones y empoderar su figura en el proceso de embarazo y parto (37).

Otros autores se basan en sus propios estudios, obteniendo resultados originales respecto al grado de satisfacción materno en relación al masaje perineal. Aquí encontramos por ejemplo a E. Mei-dan, A. Walfisch, I. Raz, A. Levy y M. Hallak que, con el objetivo de evaluar la efectividad del masaje perineal realizado durante la gestación, realizan un ensayo clínico aleatorizado en el que concluyen que esta modalidad de masaje perineal no supone ni beneficios ni perjuicios sobre la integridad del periné materno. No obstante, finalizan sus resultados destacando un alto grado de satisfacción materna con la experiencia vivida en torno a la realización de masaje perineal intragestación, ya que revelan que de la muestra, un 90% de gestantes desearía volver a practicar masaje perineal durante su próximo embarazo (33).

Si consideramos el porcentaje de mujeres que querría volver a participar en un ensayo clínico que incluyese la práctica del masaje perineal, como un indicador indirecto del grado de satisfacción materno, podríamos hablar de los resultados alcanzados por parte de G. Stamp, G. Kruzins y C. Crowther. Estos obtuvieron de su ensayo clínico, un alto porcentaje de mujeres que estaría dispuesto a participar de nuevo en un trabajo similar (622 mujeres de un total de 892, es decir, un 69, 73%), lo que podría interpretarse indirectamente como un alto porcentaje de mujeres satisfechas con la práctica del masaje perineal (28).

4. CONCLUSIONES

Tras el trabajo de revisión realizado, parece perfilarse claramente una controversia respecto a la validez del masaje perineal, lo que lleva a dos corrientes de pensamiento diferenciadas.

Por un lado, están aquellos investigadores que consideran que el masaje perineal es una manera de aumentar las posibilidades de periné intacto tras el parto y, por otro, aquellos otros que no confían en la validez del masaje perineal para dicho objetivo, es decir, consideran que no hay diferencias con respecto a la incidencia de periné íntegro entre el grupo experimental (que recibe masaje perineal) y el grupo control (que no recibe masaje perineal).

Con respecto a la disminución de realización de episiotomías habiendo realizado masaje perineal durante el periodo expulsivo del parto, los resultados se muestran difusos: principalmente, los autores comentan que parece ser que el masaje perineal realizado durante esta segunda fase del parto únicamente favorece un aumento en la tasa de periné íntegro (a expensas de una reducción en la incidencia de episiotomías) entre el grupo de las nulíparas (23, 26). No obstante, como se mentó inicialmente, las opiniones se muestran divididas, y otros autores defienden que dicha reducción está sesgada, ya que los estudios realizados deberían contemplar otros aspectos que están más relacionados íntimamente con el traumatismo perineal que el masaje perineal realizado durante el expulsivo, como por ejemplo la posición materna durante el parto, el uso de oxitocina, el tipo de pujos, peso, presentación y posición neonatales, prolongación del periodo expulsivo del parto... (25, 28). Es por esto que, como se comentará a continuación, este aspecto se interpreta como la principal premisa para proponer completar las investigaciones ya realizadas, con otras que contemplen dichas variables con repercusión sobre la integridad perineal, realizándose una selección muestral más adecuada que la observada en algunos documentos analizados.

Cabe destacar que, todos estos autores coinciden en afirmar que dicha modalidad de realización del masaje perineal, a pesar de no mostrar unos beneficios claramente contrastados, no supone en ningún caso un incremento del riesgo de ruptura de la integridad del periné ni de los daños o complicaciones puerperales adicionales sobre

este; por lo que no muestra desventajas objetivas que pudieran agravar la situación basal.

Es por esto que, todos los autores anteriormente comentados, recomiendan que la realización del masaje perineal intraparto no sea de forma sistemática, sino que se haga de manera individualizada para cada caso, siendo la matrona, o el profesional sanitario pertinente, quien decida su aplicación en función de criterios como la propia experiencia o el grado de confortabilidad y aceptación maternos (23-25). Es aquí cuando resultan necesarios programas de educación para la salud, cuya misión es dotar de conocimientos (entre otros) a las gestantes para empoderar y fomentar su rol activo de decisión sobre su propio proceso de parto; es decir, los conocimientos sobre los beneficios del masaje perineal favorecerán que la gestante tenga la capacidad de decidir sobre la aplicación o no del masaje perineal intraparto (25).

Por otro lado, con respecto a la eficacia del masaje perineal intraparto para prevenir desgarros observamos una idea general que defiende su realización como método preventivo de desgarros de 3^{er} y 4^o grado frente a su no realización o frente al método "hands off" (28, 29). Si bien es cierto que dicha reducción se observa más acentuadamente entre los desgarros de 3^{er} grado que entre los de 4^o grado (por su rara aparición) (29).

El dilema se plantea al hablar de los desgarros de 1^{er} y 2^o grado: por un lado, hay una corriente que defiende que el masaje perineal intraparto no produce diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la distribución de su incidencia entre el grupo experimental y el grupo control (28). Por otro lado, otra corriente defiende que la realización de masaje perineal intraparto podría suponer un aumento en la aparición de desgarros perineales de 1^{er} y 2^o grado entre el grupo experimental (23). Cabe pensar que resulta compensable dicho efecto negativo frente a los beneficios que ofrece el masaje perineal intraparto sobre la disminución de la incidencia de episiotomías, es decir, frente a las graves complicaciones asociadas a la realización de una episiotomía, las derivadas de los desgarros perineales de 1^{er} y 2^o grado son consideradas como leves o nulas, por lo que un ligero aumento en la incidencia de desgarros de 1^{er} y 2^o grado resultaría "aceptable" por el beneficio reportado sobre la disminución en la incidencia de episiotomías.

Con respecto a la eficacia del masaje perineal intragestación para la prevención de episiotomías encontramos una línea general de pensamiento: los autores defienden el carácter protector de esta modalidad de masaje perineal (24, 27, 30-32). Para potenciar el efecto protector, los autores proponen las siguientes condiciones de realización:

- Debe practicarse a partir de la semana 35 de gestación, y durante un mínimo de 4 semanas (27).
- Lejos de lo que cabría esperar, el aumento de frecuencia de realización no aumenta proporcionalmente las probabilidades de periné íntegro en el postparto. Para potenciar los efectos beneficiosos del masaje perineal se recomienda una realización de aproximadamente 1,5-2 veces/ semana (27, 30). Sin embargo, sorprende que los autores no justifican en ningún caso esta relación inversa entre frecuencia de realización y probabilidad de periné íntegro.

Cabe destacar que se objetiva que el masaje perineal previene de forma estadísticamente significativa la incidencia de traumatismos que requieren sutura (principalmente de episiotomías) únicamente entre el grupo de nulíparas, luego se deberá recomendar especialmente su práctica a este grupo (24, 27, 30).

De cualquier forma, se evidencia que el masaje perineal intragestación en relación a la episiotomía, no acarrea ningún efecto negativo sobre la funcionalidad del periné ni sobre su integridad en el postparto (24, 31).

Es por todos los beneficios anteriormente comentados, y por la ausencia de daños secundarios, que los autores recomiendan la promoción del masaje perineal entre las gestantes (principalmente entre las nulíparas). Aquí se justifica nuevamente la necesidad de la inclusión del masaje perineal dentro de los programas para salud dedicados a las gestantes. Se acredita así la esencial figura del profesional de enfermería, en su vertiente docente, para la comprensión de los beneficios y de la técnica del masaje perineal entre las gestantes, dotándoles a estas de conocimientos que les permitirán decidir libremente la realización o no de masaje perineal durante su embarazo (24).

Por otro lado, con respecto a la eficacia del masaje perineal intragestación como método preventivo de desgarros encontramos, nuevamente, 2 vertientes de pensamiento diferentes:

Por un lado una corriente de pensamiento expone que el masaje perineal intragestación, realizado principalmente a partir de la semana 35 de embarazo y un mínimo de 4 semanas no disminuye ni aumenta la incidencias de desgarros perineales de grado I, II, III y IV, por lo que se expone dicho masaje como un factor neutro, ni protector ni agravante. Cabe destacar que esta corriente de pensamiento esclarece que en cualquier caso, el masaje perineal intraparto no produce perjuicios sobre el perineo, su integridad o su funcionalidad, por lo que no descartan su aplicación, en favor de otros resultados positivos del masaje perineal intraparto, como por ejemplo la disminución de los traumatismos perineales que requieren sutura (episiotomías) (30).

Otra corriente de pensamiento, apuesta por el carácter protector del masaje perineal intragestación frente a los desgarros producidos en el parto. Específicamente, con este fin, se recomienda el masaje perineal al grupo de nulíparas mayores de 29 años, entre las cuales se observa a raíz de esta modalidad de masaje perineal una disminución estadísticamente significativa de la incidencia general de desgarros perineales (aunque hay una tendencia difusa a apostar por la reducción específica de los de grado II y III) (27, 31, 35, 36).

En cuanto a la funcionalidad del periné postparto se encuentran tanto opiniones comunes de los autores, como opiniones antagónicas, siendo importante considerar el criterio de paridad. Principalmente, clasificaremos las conclusiones en función de criterios de paridad:

En el caso de las múltiparas encontramos autores que, refiriéndose específicamente a este grupo de mujeres, defienden que la realización de masaje perineal intraparto disminuye la aparición de dolor perineal valorado a los 3 meses en el postparto. Se pudiera pensar que dicha reducción de dolor, está asociada a la disminución de la realización de episiotomías que lleva anexionada la realización de masaje perineal intragestación, lo que sesgaría los resultados; pero esto no es así ya que se objetiva dicha reducción de dolor perineal tanto para las gestantes que han recibido episiotomías como para las que no. Sin embargo estos autores no encuentran ni aumento ni disminución significativos en relación a la aplicación del masaje perineal con respecto a la incidencia de dispareunia, satisfacción sexual, incontinencia urinaria, fecal o de gases. Es decir, estos autores plantean el masaje perineal intraparto como un método que previene el dolor perineal entre las múltiparas a los 3 meses postparto (27, 30).

Por otro lado, encontramos otra corriente de pensamiento que esclarece en sus resultados que el masaje perineal intragestación no resulta un factor que disminuya ni aumente ni el dolor perineal ni otras complicaciones tales como dispareunia, satisfacción sexual, incontinencia urinaria, fecal y de gases (28, 31).

Estas dos corrientes de pensamiento tienen en común pues que el masaje perineal no disminuye complicaciones potenciales sobre el periné en el postparto tales como dispareunia, satisfacción sexual, incontinencia urinaria, fecal y de gases. Pero difieren entre la repercusión del masaje perineal sobre el dolor perineal en el posparto.

En el caso de mujeres nulíparas todos los autores coinciden en afirmar que para este subgrupo específico, el masaje perineal no aumenta ni disminuye las complicaciones perineales citadas anteriormente (incluido el dolor perineal) (25, 35). Una excepción a esto son las nulíparas mayores de 29 años, entre las cuales se encuentra que el masaje perineal se propone como un factor protector frente a los daños ocultos sobre el esfínter anal (25).

En cuanto a la satisfacción materna con el masaje perineal, es el apartado en el que encontramos resultados más unánimes por parte de los autores. De forma genérica, podemos concluir que los principales resultados dictaminan que, a pesar de que inicialmente el masaje perineal realizado durante la gestación produce ligeras molestias como dolor y ardor, estas ceden a la semana o a las 2 semanas tras su inicio (24, 30, 31) y, finalmente, la gestante muestra un elevado grado de satisfacción que se refleja en 3 ramas:

- La oportunidad que ofrece el masaje perineal a la pareja a participar de forma activa en la preparación al parto se califica como positiva por parte de las gestantes (30).
- Un elevado número de mujeres se lo recomendaría a otras gestantes (24, 30, 31, 33).
- Un elevado número de mujeres expresa deseos de volver a repetir la realización del masaje perineal en gestaciones futuras (24, 30, 31, 33).

Este apartado podría considerarse el más importante de todas las unidades de análisis expuestas, ya que se debe considerar la aceptación materna del masaje perineal el

primer factor a tener en cuenta para fomentar su praxis sea cual sea el nivel de eficacia considerado y la evidencia de inocuidad. Al partir de un nivel de aceptación y satisfacción muy elevado resulta más que pertinente, bajo esta demanda de las mujeres, incluir en los programas de educación para la salud destinado a gestantes y sus parejas, información sobre los beneficios y la adecuada técnica de masaje perineal.

Como hemos podido observar, a pesar de que los beneficios del masaje perineal se encuentran ciertamente difusos en algunos casos, comprobamos que en ninguna circunstancia dicha praxis, reporta efectos negativos sobre las gestantes. A raíz de estas afirmaciones, considero que es necesario hacer hincapié en 2 aspectos:

Por un lado serían necesarios más estudios que contemplasen los resultados de integridad perineal en el postparto desde una visión más holística, es decir, la presente revisión narrativa se ha basado principalmente en 2 modalidades de masaje perineal (preparto e intraparto), cuando la integridad del periné en el postparto está influenciada por muchos más factores a parte de estos dos (lo que podría considerarse una limitación a tener en cuenta). Es por esto que deberían contrastarse los resultados del masaje perineal con otros como por ejemplo la posición de la mujer al parir, el uso de oxitocina, el tipo de pujos, el uso de analgesia epidural...

Por otro lado, partiendo del alto grado de satisfacción materno y de la ausencia de daños asociados al masaje perineal, considero que es una práctica que debería extenderse. Para lograr este objetivo, estimo necesaria la promoción del rol enfermero en 3 campos:

- a) Promoción del rol docente enfermero: Resulta evidente que para la puesta en marcha del masaje perineal durante la gestación, las mujeres deben partir de una adecuada base de conocimientos y una correcta técnica de masaje, lo que les permitirá empoderarse como agentes activos en su propio proceso de embarazo y parto, es decir, les otorgará una base sobre la cual elegir racionalmente la aplicación o no de dicho masaje. Como se ha comentado anteriormente, para esto resulta indispensable la inclusión del masaje perineal en talleres de educación para la salud.

Desde este rol docente enfermero se abarcan 2 diagnósticos enfermeros, definidos en terminología NANDA (38), que son por antonomasia responsabilidad del profesional de enfermería obstétrico-ginecológico:

- Con la aplicación de masaje perineal se podría prevenir la disrupción de la integridad del periné, lo que se equipararía a una intervención dirigida a un resultado encuadrado bajo el diagnóstico enfermero *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* (38). Si se previniese dicho riesgo no sólo aseguraríamos una posible disminución en la morbilidad materna puerperal, sino también una posible disminución de los gastos asociados a dicha morbilidad materna.
 - Teniendo en mente la teoría de los sistemas de enfermería de Dorothea Orem (39), podríamos mencionar el sistema de enfermería de apoyo-educación, en el que la acción de la enfermera consistirá en regular el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado. Específicamente en este caso, al fomentar el conocimiento y las habilidades de la mujer en relación al masaje perineal, estamos aumentando su agencia de autocuidado, lo que podría corresponder a una intervención encuadrada bajo un resultado dirigido al diagnóstico enfermero *Disposición para mejorar el autocuidado* (38). Es decir, de esta forma aseguramos que la mujer sea partícipe de su propio plan de cuidados, la empoderamos de forma activa en su proceso de embarazo y le damos la opción de elegir libremente, bajo una firme base de conocimientos, si desea o no practicar dicho masaje.
- b) Promoción del rol investigador y asistencial enfermero: Si nos basamos en la modalidad intraparto del masaje perineal, resulta evidente la misión asistencial del profesional de enfermería obstétrico-ginecológica, pues será este el principal efector del masaje. Íntimamente ligado a este rol asistencial, debe posicionarse el rol investigador enfermero, es decir, es responsabilidad del propio profesional que vaya a atender el parto, asegurarse de que las técnicas que esté realizando contribuyen a alcanzar los mejores resultados sobre la gestante y el neonato. Específicamente, hablando en términos de masaje perineal, se debe tener un espíritu investigador para garantizar que dicha praxis resultará siempre en beneficio sobre la mujer por lo que se debe seguir investigando para esclarecer cuál es el mejor método de realización.

Simultáneamente a todos los objetivos logrados gracias al desarrollo de un plan de cuidados que incluya el masaje perineal, se alcanza un propósito que va más allá de los resultados maternos: con la modalidad de masaje perineal aplicado durante la gestación se incluye a la pareja, como agente activo en el plan de cuidados, es decir, se adopta una visión de la familia como conjunto, que fomenta el desarrollo tanto del rol materno, como del paterno (o de la pareja correspondiente).

En términos generales podemos esclarecer que el masaje perineal se plantea como una técnica a investigar dados sus posibles beneficios no sólo en términos de integridad perineal, sino en propósitos que se establecen más allá de lo tangible, y que ofrecen una promoción de la mujer y/o de la pareja como agentes activos en los autocuidados relacionados con el proceso de gestación.

Por todos los motivos expuestos, se concluye considerando necesarias investigaciones futuras que solventen la falta de unanimidad en los resultados encontrada en la presente revisión narrativa, así como una inclusión de diferentes variables en la muestra relacionadas con la integridad perineal en el postparto.

5. AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Madrid, y a todo el profesorado que hace posible la impartición del Grado en Enfermería. Gracias por hacer germinar en mí un espíritu curioso, que ha descubierto en el mundo enfermero todo un ámbito de posibilidades.

A todos esos profesionales de enfermería que no se conforman y que luchan, o han luchado, por dignificar la labor enfermera, visibilizando nuestro rol bajo un cuerpo de disciplina profesional.

Especialmente a mi tutora de TFG Belén Cabello Tarrés, inicialmente por mostrarme lo hermoso del mundo de la obstetricia y la ginecología y sin duda, por todo el apoyo prestado para la realización de este TFG, así como por su enorme paciencia y su capacidad para hacer confiar a las alumnas en sí mismas.

A la profesión enfermera en su conjunto, por permitirme ser observadora privilegiada de la vida en todos sus aspectos, y cambiar mi concepción de la realidad no sólo de manera conceptual, sino también de manera espiritual.

Y sin duda, a mi familia, que ha luchado conmigo todas y cada una de las metas a alcanzar que me ha propuesto esta apasionante hazaña de convertirme en enfermera.

"Los libros me enseñaron a pensar, y el pensamiento me hizo libre" (Ricardo Corazón de León)

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Casal M. L, Valero J. Consecuencias a medio y largo plazo de la episiotomía y los desgarros perineales. Paraninfo Digital [Internet]. 2013 [citado 7 de Febrero de 2017];18. Recuperado a partir de: goo.gl/3UQ06O
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco [Internet]. 2010 [citado 7 de Febrero de 2017];p.30-132. Recuperado a partir de: goo.gl/gRTxmq
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. 2007 [citado 7 de Febrero de 2017];p. 56. Recuperado a partir de: goo.gl/SYwOh3
4. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva [Internet]. 1996 [citado 7 de Febrero de 2017];p. 52-55. Recuperado a partir de: goo.gl/zMZ9Hc
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Nice clinical guideline 55: Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. London: National Institute for Health and Clinical Excellence [Internet]. 2007 [citado 7 de Febrero de 2017];p. 31-32. Recuperado a partir de: goo.gl/CYy1lj
6. Carrillo K, Sanguinetti A. Anatomía del piso pélvico. Revista Médica Clínica Condes [Internet]. 2013 [citado 7 de Febrero de 2017];24(2):185-189. Recuperado a partir de: goo.gl/tNVQTf
7. Drake R, Vogl A, M. Mitchell A. Gray. Anatomía básica. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
8. Bonilla-Musoles F, Pellicer A. Obstetricia, reproducción y ginecología básicas. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2008.
9. González-Merlo J, Lailla Vicens J, Febré González E, González Bosquet E. Obstetricia. 6ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.

10. Sánchez Casal M. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enfermería Docente* [Internet]. 2012 [citado 7 de Febrero de 2017];97:27-32. Recuperado a partir de: goo.gl/g0WT04
11. Gazo Ortiz de Urbina A, Andrés Orós P, Zabau Fermoselle J, Arnal Bescós M, Rodríguez García J, Puig Comas N. Estudio prospectivo sobre los efectos de la episiotomía y los desgarros en el postparto. *Enfermería Científica Altoaragonesa* [Internet]. 2016 [citado 7 de Febrero de 2017];10:25-31. Recuperado a partir de: goo.gl/z2eEFp
12. Berzaín Rodríguez M, Camacho Terceros L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Cient Cienc Méd* [Internet]. 2014 [citado 7 de Febrero de 2017];17(2):53-57. Recuperado a partir de: goo.gl/JCEhm3
13. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2016. [citado 7 de Febrero de 2017];24:2-6. Recuperado a partir de: goo.gl/aTjRh6
14. Ecuriet R, Pueyo M, Perez-Botella M, Espada X, Salgado I, Gómez A et al. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: Is the practice of routine episiotomy changing?. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2015 [citado 7 de Febrero de 2017];15(1). Recuperado a partir de: goo.gl/H4Hx6j
15. Usandizaga J, Fuente Pérez P. *Obstetricia y ginecología*. 1ª ed. Madrid: Marbán; 2011.
16. Fritel, X. Perinée et grossesse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* [Internet]. 2010 [citado 7 de Febrero de 2017];38(5):p. 332-346. Recuperado a partir de: goo.gl/av31Ec
17. Cabero i Roura L, Cabrillo Rodríguez E, Bajo Arenas J, Calaf Alsina J, Cararach Ramoneda V, Davi Armengol E et al. *Tratado de ginecología y obstetricia*. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
18. López M, Palacio M, Del Pino M, Puig M, Bataller E, España M. Protocolo: Lesiones perineales de origen obstétrico. Hospital Clínic de Barcelona. En: *Protocols*

- medicina fetal i perinatal. 2014 [citado 7 de Febrero de 2017]. Recuperado a partir de: goo.gl/v17uD2
19. Aceituno-Velasco L. Tasa de partos instrumentales en España. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2009 [citado 7 de Febrero de 2017];52(10):609-615. Recuperado a partir de: goo.gl/vH8Y8M
 20. Associació Catalana de Llevadores. El masaje perineal [folleto]. España: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2013.
 21. Gómez de Enterría Cuesta M. Masaje perineal durante el embarazo. *Revista enfermería cyl* [Internet]. 2009 [citado 7 de Febrero de 2017];1(2):40-43. Recuperado a partir de: goo.gl/I8rQQj
 22. Bejarano Borrega J. Ensayo clínico aleatorizado abierto de dos grupos paralelos para evaluar la eficacia y seguridad de la aplicación del masaje perineal prenatal con aceite de rosa de mosqueta a partir de las semanas 34-36 de gestación para la reducción de desgarros de primer y segundo grado en el periodo expulsivo del parto. *Reduca: Enfermería, Fisioterapia y Podología. Serie Matronas* [Internet]. 2012 [citado 7 de Febrero de 2017];4(5):43-65. Recuperado a partir de: goo.gl/ug4D1P
 23. Geranmayeh M, Rezaei Habibabadi Z, Fallahkish B, Farahani M, Khakbazan Z, Mehran A. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2011 [citado 13 de Marzo de 2017];285(1):77-81. Recuperado a partir de: goo.gl/QhQI7t
 24. Kalichman L. Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. *IMAJ* [Internet]. 2008 [citado 13 de Marzo de 2017];10:531-533. Recuperado a partir de: goo.gl/mfNLBw
 25. Karaçam Z, Ekmen H, Çalışır H. The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes. *Health Care for Women International* [Internet]. 2012 [citado 13 de Marzo de 2017];33(8):697-718. Recuperado a partir de: goo.gl/X99sDh
 26. Demirel G, Golbasi Z. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet].

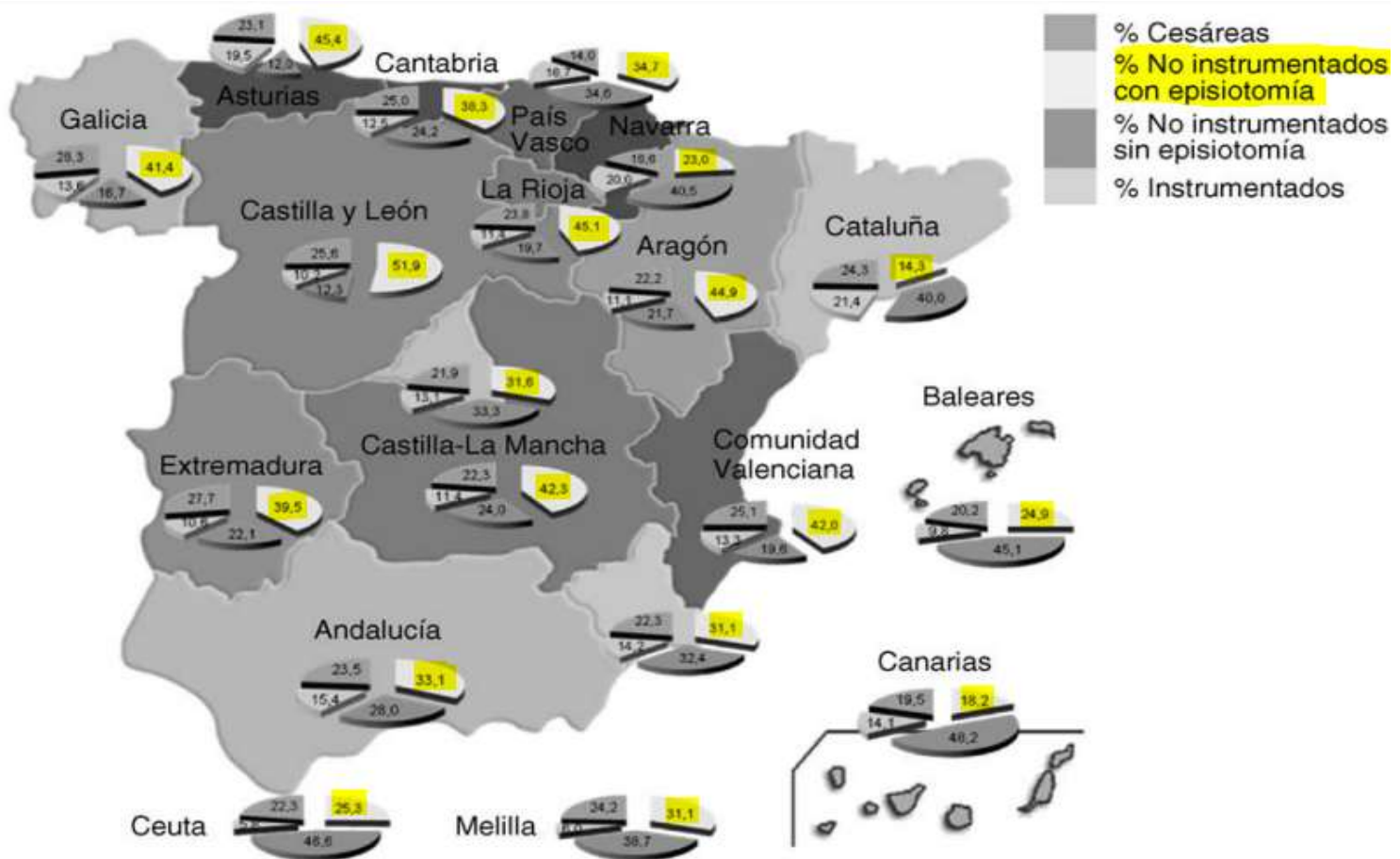
- 2015[citado 13 de Marzo de 2017];131(2):183-186. Recuperado a partir de: goo.gl/oCBIN3
- 27.Gramage-Córdoba L, Asins-Cubells A, Chamón-Moya P, Llopis-Coloma C. Efecto del masaje perineal en el traumatismo perineal y la morbilidad postparto. Enfermería Integral [Internet]. 2016[citado 13 de Marzo de 2017];111:35-40. Recuperado a partir de: goo.gl/fgLJ9I
- 28.Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. BMJ [Internet]. 2001[citado 13 de Marzo de 2017];322(7297):1277-1280. Recuperado a partir de: goo.gl/IHH14R
- 29.Aasheim V, Nilsen A, Reinar L. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2011[citado 13 de Marzo de 2017];Art. No.: CD006672.Recuperado a partir de: goo.gl/msBy4i
- 30.Beckmann M, Stock O. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013. [citado 13 de Marzo de 2017]. Recuperado a partir de: goo.gl/o85M55
- 31.Gómez Coca S, Villamor Ruiz E, Fernández Álvarez F. Efectividad del masaje perineal prenatal con aceite de rosa de mosqueta como medida preventiva del trauma perineal durante el parto. Paraninfo Digital Monográficos de investigación en salud [Internet]. 2017;22[citado 13 de Marzo de 2017]. Recuperado a partir de: goo.gl/WUxM9Y
- 32.Hastings-Tolsma M, Vincent D, Emeis C, Francisco T. Getting through birth in one piece, protecting the perineum. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing [Internet]. 2007[citado 13 de Marzo de 2017];32(3):158-164. Recuperado a partir de: goo.gl/dciiLD
- 33.Mei-Dan E, Walfisch A, Raz I, Levi A, Hallak M. Effect of perineal massage during pregnancy on perineal trauma: A prospective controlled trial. IMAJ [Internet]. 2008[citado 13 de Marzo de 2017];10:449-502. Recuperado a partir de: goo.gl/7yQih4

34. Nieto García G. M, Ráez Martín C. ¿El masaje perineal durante el embarazo aumenta la probabilidad de periné intacto tras el parto?. Evidentia [Internet]. 2010[citado 13 de Marzo de 2017];7. Recuperado a partir de: goo.gl/kpLSkp
35. Eogan M, Daly L, O'Herlihy C. The effect of regular antenatal perineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: A prospective observational study. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine [Internet]. 2006[citado 13 de Marzo de 2017];19(4):225-229. Recuperado a partir de: goo.gl/fV1VIW
36. Faruel-Fosse H, Vendittelli F. Peut-on réduire le taux des épisiotomies ?. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2006[citado 13 de Marzo de 2017];35:68-76. Recuperado a partir de: goo.gl/DjZ1tx
37. Duarte González L, García González S, Mejías Paneque M. Masaje perineal. Nure investigación [Internet]. 2013 [citado 13 de Marzo de 2017];62. Recuperado a partir de: goo.gl/oBAzkF
38. Herdman T, Kamitsuru S. NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
39. Alligood M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. España: Elsevier; 2011.

7. ANEXOS

Anexo 1.

Gráfico 1. Tasa de realización de episiotomía en partos no instrumentados en el territorio nacional en el año 2006.



Fuente: modificado de: Salgado Barreira Á, Maceira Rozas M, López Ratón M, Atienza Merino G. Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2010;53(6):215-222.

Anexo 2.

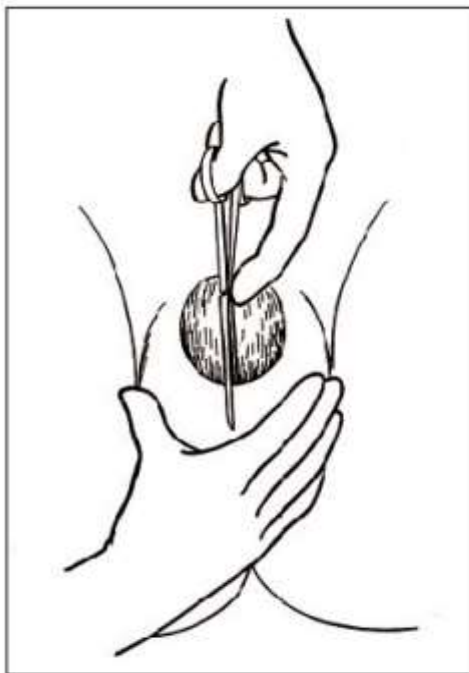
Gráfico 2. Tasa de episiotomías realizadas en partos eutócicos en el territorio español durante los años 1997 hasta 2010.



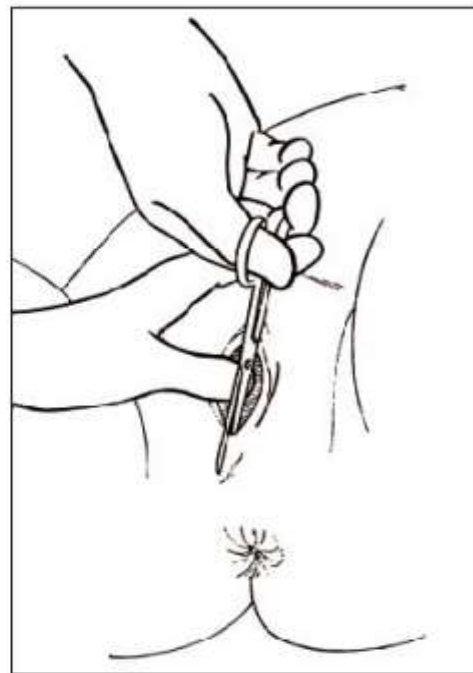
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008

Anexo 3.

Imagen 1. Tipos de episiotomía según su localización.



Episiotomía media.

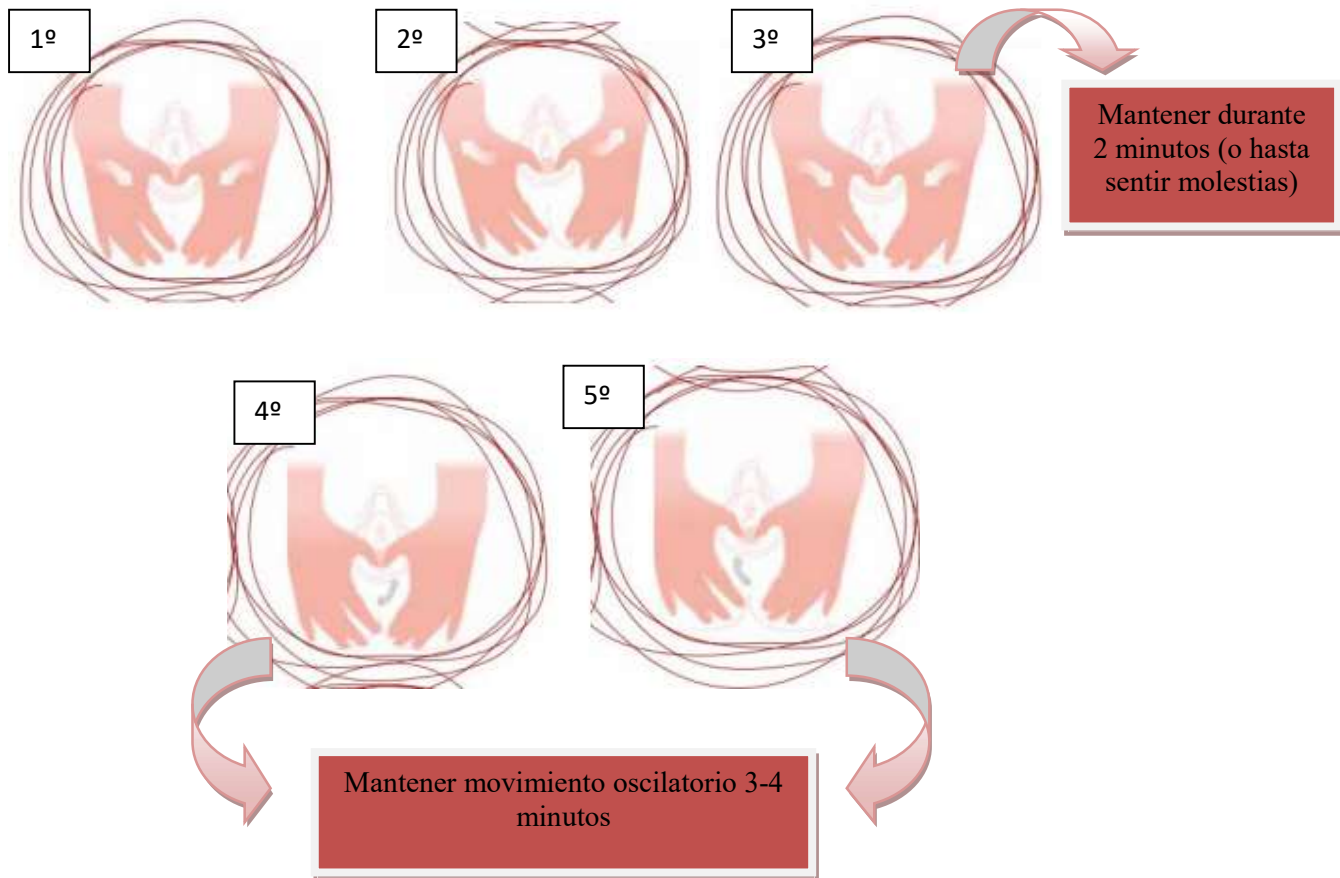


Episiotomía medio-lateral.

Fuente: De Miguel Sesmero J. R, Sánchez Movellán M. Episiotomía: criterio obstétrico actual.

Anexo 4.

Imagen 2. Pasos para la realización del masaje perineal.



Fuente: Modificado de: Associació Catalana de Llevadores. El masaje perineal [folleto]. España: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2013.

Anexo 5.

Tabla 2. Principales características y hallazgos de los artículos seleccionados.

Artículo	Objetivo general	Diseño	Población de estudio	Metodología	Principales hallazgos
Geranmayeh M, Habibabadi Z, Fallahkish B, Farahani M, Khakbazan K, Mehran A. 2011	Examinar el efecto del masaje perineal (MP) con vaselina realizado durante el periodo expulsivo del parto para prevenir los traumatismos perineales (tasa de realización de episiotomía y tasa de desgarros perineales)	Estudio analítico experimental: ensayo aleatorizado	90 primíparas seleccionadas del hospital Iman Sajiad en Shahryar, Teheran, en el año 2009.	Distribución aleatoria de la muestra en dos grupos: intervención (masaje con vaselina estéril hasta la salida de la cabeza fetal) y control (cuidados estándares) Tratamiento estadístico de los datos con el programa SPSS V.16	-El MP realizado con vaselina durante el periodo expulsivo del parto aumenta la probabilidad de perineo intacto, secundariamente por una reducción en la frecuencia de episiotomías. -El MP realizado con vaselina durante la segunda fase del parto, aumenta la tasa de incidencia de desgarros perineales de 1 ^{er} y 2 ^o grado en comparación con el grupo control
Demirel G, Golbasi Z. 2015	Examinar los efectos del MP con glicerol aplicado durante el periodo de dilatación y el expulsivo del parto para prevenir la realización de episiotomía y desgarro perineal.	Estudio analítico cuasi-experimental/ controlado.	284 gestantes, nulíparas y primíparas, seleccionadas del hospital Sivas State de la región de Sivas, Turquía entre el 1/01/ 2010 y el 31/05/2011	Distribución aleatoria de la muestra en 2 grupos: intervención (MP aplicado durante el periodo de dilatación y el expulsivo del parto) y control (cuidados estándares) Tratamiento estadístico de los datos con el programa SPSS V. 14.0	-La incidencia de episiotomía fue significativamente mayor entre el grupo control que entre el grupo experimental -No se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en cuanto a la tasa de desgarros perineales
Mei-dan E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M.2008	Evaluar la efectividad del MP en mujeres nulíparas realizado con aceite durante el y	Estudio analítico controlado	234 gestantes nulíparas reclutadas del Soroka University Medical	Distribución no aleatoria (en función de preferencias maternas) de la muestra en 2 grupos: intervención	-Se encontraron tasas más bajas de perineo intacto en el grupo experimental, que en el grupo control aunque sin significación estadística

Artículo	Objetivo general	Diseño	Población de estudio	Metodología	Principales hallazgos
	durante el periodo expulsivo del parto para aumentar la probabilidad de parir con un perineo intacto		Center, Beer Sheva (Israel) entre noviembre 2002 y marzo 2004 entre su semana 30 y 34 de gestación.	(realización de MP con aceite de caléndula durante 10 minutos diarios, todos los días a partir de la semana 34 de gestación y durante el expulsivo del parto hasta la salida de la cabeza fetal.) y control (cuidados estándares). Tratamiento estadístico de los datos con el programa SPSS.	-La tasa de incidencia de desgarro de 1 ^{er} grado fue menor en el grupo masaje en comparación con el grupo control aunque sin significación estadística -No se encuentran diferencias estadísticamente significativas de tasa de episiotomía entre el grupo control y el grupo intervención.
Gómez Coca S, Villamor Ruiz E, Fernández Álvarez F. 2015.	Determinar la efectividad del MP durante la gestación como método preventivo del trauma perineal en el periodo expulsivo del parto.	Revisión bibliográfica	-	Búsquedas en las bases de datos: Pubmed, Revisiones Cochrane, Cochrane Plus, Cuiden y buscador Google académico. Entre 1990-2014.	-El MP realizado durante la gestación, concretamente a partir de las semanas 32-34, ha demostrado ser una práctica beneficiosa para mantener la integridad del periné. Es un factor protector contra el trauma obstétrico, por lo que disminuye la incidencia de desgarros y episiotomías. -El MP no disminuye ni aumenta las complicaciones sobre la función perineal tras el parto. -Las gestantes muestran un alto grado de satisfacción con respecto al MP.

Artículo	Objetivo general	Diseño	Población de estudio	Metodología	Principales hallazgos
Gramage-Córdoba L. I, Asins-Cubells A, Chamón-Moya P, Llopis-Coloma C. 2016	Evaluar el efecto del MP sobre la incidencia del traumatismo perineal en el momento del parto	Revisión bibliográfica	-	Búsquedas en las bases de datos: Pubmed, Medline, Cinahl y The Cochrane Library Plus	<ul style="list-style-type: none"> - El MP digital prenatal a partir de aproximadamente la 35 semana de gestación reduce la incidencia del traumatismo perineal que requiere sutura (principalmente de episiotomías). -La frecuencia en el número de masajes no es proporcional a los resultados. El MP realizado 2 veces por semana reduce la morbilidad materna -La realización del MP durante el periodo expulsivo del parto no tiene ningún efecto -El MP reduce el dolor perineal a los 3 meses postparto entre las multíparas, tanto entre aquellas que presentan episiotomía como entre las que no. -El MP se valora positivamente entre las gestantes participantes.
Stamp G, Kruzins G, Crowther C. 2001	Determinar los efectos del MP, realizado en la segunda fase del proceso de parto, sobre el perineo	Ensayo controlado aleatorizado	1.340 mujeres, en su semana 36 de embarazo, que esperaban un parto eutócico de feto único en 7 clínicas obstétricas de Australia.	Distribución aleatoria de la muestra en 2 grupos: intervención (MP con lubricante de base acuosa en cada contracción durante el expulsivo) y control (cuidados estándares)	<ul style="list-style-type: none"> -El MP no aumentó ni disminuyó la incidencia de perineo intacto. - El MP parece resultar una práctica inocua. -El MP no redujo la incidencia de complicaciones derivadas de la ruptura de la integridad del periné.

Artículo	Objetivo general	Diseño	Población de estudio	Metodología	Principales hallazgos
Duarte González L, García González S, Mejías Paneque M. 2013	Constatar si es eficaz el MP durante el embarazo y en el expulsivo, para evitar los traumas perineales.	Revisión bibliográfica	-	Búsquedas sin especificar en diferentes bases de datos de ciencias de la salud	-El MP prenatal ayuda a reducir el traumatismo perineal durante el parto. -La mayoría de las mujeres considera el MP una práctica aceptable y creen que les ayuda a prepararse para el parto, por lo que lo recomendarían a otras gestantes.
Karaçam Z, Ekmen H, Çalisir H. 2012	Investigar en qué condiciones el MP realizado durante el parto disminuye el trauma perineal y los problemas asociados a este.	Ensayo controlado aleatorizado	396 nulíparas en su semana 37-42 de gestación, seleccionadas entre marzo de 2007 hasta febrero de 2009 en Aydin State Hospital, en Turquía.	Distribución aleatoria de la muestra en 2 grupos: intervención (MP aplicado durante el periodo expulsivo a intervalos de 10-15 minutos) y control (cuidados estándares). Tratamiento estadístico de los datos con el programa SPSS V.11.5.	-El MP realizado en el periodo expulsivo del parto no disminuyó la incidencia de traumatismos perineales. -El MP intraparto disminuyó la incidencia de episiotomía acompañada de laceración espontánea en el grupo intervención - No diferencias significativas con respecto a los efectos del MP sobre las complicaciones de la función perineal al día, a las 3 semanas y al año postparto entre el grupo control y el grupo intervención.
Beckman M.M, Stock O.M. 2013.	Evaluar el efecto del MP realizado durante el embarazo sobre la incidencia de trauma perineal durante el parto y su consecuente morbilidad	Meta análisis	Mujeres que tienen planeado un parto vaginal y que han recibido MP al menos las últimas 4 semanas de gestación	Búsquedas en las bases de datos: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, s Trials Register, The Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed y EMBASE.	-El MP realizado durante el embarazo se asoció con una reducción general de la incidencia de trauma perineal que requería sutura, principalmente como consecuencia de una reducción de la incidencia de episiotomía en el grupo intervención. Estos resultados fueron muy claros entre las nulíparas, y no tan claros

Artículo	Objetivo general	Diseño	Población de estudio	Metodología	Principales hallazgos
					<p>entre aquellas que ya habían tenido un parto.</p> <p>-No se encontraron diferencias entre la incidencia de desgarros de 1^{er} hasta 4^o grado entre el grupo intervención y el control.</p> <p>-El MP disminuye la incidencia de dolor perineal a los 3 meses postparto principalmente entre las multíparas.</p> <p>-El MP es valorado como positivo entre las participantes.</p>
Aasheim V, Nilsen A.B.V, Lukasse M, Reinart L.M. 2011.	Evaluar el efecto de las técnicas perineales llevadas a cabo durante el periodo expulsivo del parto sobre la incidencia de trauma perineal	Meta análisis	Nulíparas y multíparas, seleccionadas a partir de su semana 36 de gestación.	Búsquedas en las bases de datos: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register ,the Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE y CINAHL	<p>-Disminución de la incidencia de desgarros de 3^{er} y 4^o grado entre el grupo MP frente al grupo "hands off"/ cuidados intraparto tradicionales.</p> <p>-No diferencias significativas entre el grupo control y el grupo intervención en relación a la incidencia de episiotomía.</p> <p>-Alto grado de satisfacción materna con respecto al MP (el 90% de la muestra repetiría su aplicación)</p>

Artículo	Objetivo general	Diseño	Población de estudio	Metodología	Principales hallazgos
Kalichman L. 2008.	Analizar la evidencia existente con respecto a los efectos beneficiosos del MP en el traumatismo perineal	Revisión narrativa	-	Revisión de 8 artículos científicos sin especificar la base de datos de la que se obtienen.	<p>-El MP realizado durante las últimas semanas de gestación puede resultar beneficioso, sobre todo entre las nulíparas, para reducir los traumas perineales que requieren sutura.</p> <p>-Disminución estadísticamente significativa de la incidencia de la episiotomía entre el grupo de gestantes nulíparas que realizó MP durante las últimas semanas de gestación.</p> <p>-El MP durante el expulsivo no debe ser recomendado sistemáticamente. La matrona debe decidir sobre su aplicación particular en cada caso</p> <p>-El MP disminuye significativamente la incidencia de dolor perineal a los 3 meses entre las multíparas. No se observan diferencias significativas en torno a otras complicaciones de la función perineal sucedidas en el postparto.</p> <p>-Existe un alto grado de satisfacción materna con respecto al MP.</p>

Artículo	Objetivo general	Diseño	Población de estudio	Metodología	Principales hallazgos
Eogan M, Daly L, O'Herlihy C. 2006.	Determinar los impactos del masaje perineal sobre la prevención primaria de la disrupción sintomática del mecanismo de continencia fecal.	Estudio observacional de cohortes prospectivo	179 nulíparas del Hospital Nacional de Maternidad de Dublín desde Junio 2003 hasta Junio 2004	Distribución de la muestra según preferencias individuales de las participantes en grupo experimental (MP a partir de la semana 34 de gestación de forma diaria) y grupo control (no MP)	-El MP se ofrece como un factor que aumenta la probabilidad de obtener un periné íntegro tras el parto en el grupo de mujeres mayores de 30 años -Datos de continencia fecal fueron similares entre ambos grupos, por lo que el MP no se expone como un factor protector ni agravante. - Se presentó una discreta disminución de daños ocultos en el esfínter anal entre el grupo experimental mayor de 30 años.
Nieto García G.M, Ráez Martín C. 2010	Evaluar la eficacia del masaje perineal durante el embarazo con el objetivo de disminuir el trauma perineal en el momento del parto	Revisión crítica del artículo de E. Mei-dan, A. Walfisch, I. Raz, A. Levy y M. Hallak. 2008	-	-	-No se puede concluir que el MP prenatal aumente la probabilidad de parto con periné intacto en este estudio debido a su falta de aleatorización, por lo que tampoco se puede descartar que existan beneficios relacionados con el MP
Hastings-Tolsma M, Vicent D, Emeis C, Francisco T. 2007	Identificar los factores relacionados con el trauma perineal durante el parto, replicando el trabajo de Albers et al. (1996)	Estudio descriptivo retrospectivo de casos y controles.	510 mujeres reclutadas de los archivos del registro de matronas del NMCDS de 1996 hasta 1997.	Datos sobre las gestantes obtenidos del archivo de datos prenatales e intraparto del registro de matronas NMCDS Tratamiento estadístico de los datos mediante el programa SPSS V.11.5	- La episiotomía fue menos frecuente entre las mujeres que habían recibido MP durante la gestación, de forma que la falta de MP se establece como un fuerte predictor de episiotomía entre las múltiples.

Artículo	Objetivo general	Diseño	Población de estudio	Metodología	Principales hallazgos
Faruel-Fosse H, Vendittelli F. 2006	Intentar definir si en base a la evidencia científica disponible hay un porcentaje adecuado de episiotomías a realizar e investigar si es posible reducir dicha tasa mediante intervenciones preventivas durante el embarazo o el parto.	Revisión bibliográfica.	-	Búsqueda en las bases de datos: Medline y Cochrane Library entre 1980 y 2005.	<p>- El MP realizado durante el embarazo parece ser una intervención interesante, principalmente entre las mujeres nulíparas de más de 30 años, para reducir la incidencia de episiotomías, aunque son necesarios más estudios para evaluar la eficacia preventiva del MP en la reducción del uso de episiotomías.</p> <p>-El MP realizado durante el periodo expulsivo del parto parece no producir efecto entre el número de episiotomías y la tasa de perineos intactos. La evidencia científica estudiada resulta insuficiente con respecto a esta modalidad de MP como para recomendar su práctica durante el periodo expulsivo del parto.</p>

Fuente: Elaboración propia

